

 ……………………………………………

 …………………………………………… **LISTA OBECNOŚCI**

 (pieczęć pracodawcy)

|  |  |
| --- | --- |
| ……………..………(miesiąc, rok\*) | … ………..…………………………..……………………………………….(imię i nazwisko osoby odbywającej staż) |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |
| 7 |  |
| 8 |  |
| 9 |  |
| 10 |  |
| 11 |  |
| 12 |  |
| 13 |  |
| 14 |  |
| 15 |  |
| 16 |  |
| 17 |  |
| 18 |  |
| 19 |  |
| 20 |  |
| 21 |  |
| 22 |  |
| 23 |  |
| 24 |  |
| 25 |  |
| 26 |  |
| 27 |  |
| 28 |  |
| 29 |  |
| 30 |  |
| 31 |  |

**Prosimy o stosowanie niżej wymienionych oznaczeń:**

**CH** – choroba pracownika  **UW** – dzień wolny **D** – delegacja **NN** – nieobecność nieusprawiedliwiona

**NU** – nieobecność usprawiedliwiona (obowiązek stawiennictwa przed sądem lub organem administracji publicznej)

\*) niedziele, święta i inne dni wolne od pracy należy wykreślić

 ……………………………………….. ……………………………………… podpis kierownika komórki organizacyjnej pieczęć i podpis pracodawcy lub

 osoby upoważnionej

**UWAGA : Warunkiem terminowego wypłacenia stypendium będzie przedłożenie przez Pracodawcę listy obecności w terminie 5 dni po zakończeniu każdego miesiąca wraz z zatwierdzonymi wnioskami o udzielenie dni wolnych.**