**Załącznik nr 2**

…………………………………

(pieczęć firmowa pracodawcy)

**LISTA OBECNOŚCI STAŻYSTY**

**za miesiąc ………………………………………………2019 rok**

Imię i nazwisko Stażysty ….……................................................................................

Pełna nazwa pracodawcy:.......…………….…….....................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dzień miesiąca | Podpis stażysty /symbol nieobecności\* | Liczba godzin | Dzień miesiąca | Podpis stażysty /symbol nieobecności\* | Liczba godzin | |
| 1 |  |  | 17 |  |  | |
| 2 |  |  | 18 |  |  | |
| 3 |  |  | 19 |  |  | |
| 4 |  |  | 20 |  |  | |
| 5 |  |  | 21 |  |  | |
| 6 |  |  | 22 |  |  | |
| 7 |  |  | 23 |  |  | |
| 8 |  |  | 24 |  |  | |
| 9 |  |  | 25 |  |  | |
| 10 |  |  | 26 |  |  | |
| 11 |  |  | 27 |  |  | |
| 12 |  |  | 28 |  |  | |
| 13 |  |  | 29 |  |  | |
| 14 |  |  | 30 |  |  | |
| 15 |  |  | 31 |  |  | |
| 16 |  |  |  | | |

................................................... ……............................................... (miejscowość, data)

(pieczęć i podpis pracodawcy)

\*Symbol rodzaju nieobecności:

**W** – dzień wolny udzielony na wniosek stażysty

**C** – zwolnienie lekarskie

**Z listy obecności wykreśla się dodatkowo i ustawowo dni wolne od pracy (np. sobota, niedziela, święto itp.)**

**Uwaga!** Na wniosek stażysty odbywającego staż pracodawca jest obowiązany do udzielenia dni wolnych   
w wymiarze **2 dni** **za każde 30 dni kalendarzowych odbywania stażu**. **Za dni wolne przysługuje stypendium.** Za ostatni miesiąc odbywania stażu pracodawca jest obowiązany udzielić dni wolnych przed upływem terminu zakończenia stażu.