



Powiatowy Urząd Pracy w Świętochłowicach

LISTA OBECNOŚCI

Imię i nazwisko.....

Miesiąc/rok.....

L.p.	Podpis osoby odbywającej staż/pz
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.	

Oznaczenia:

W – dzień wolny (pracodawca jest zobowiązany do udzielenia uczestnikowi stażu dni wolnych w wymiarze 2 dni za każde 30 dni kalendarzowych odbywania stażu).

L4 – zwolnienie lekarskie

Podpis i pieczęć Pracodawcy

Proszę o dostarczenie do Powiatowego Urzędu Pracy w Świętochłowicach do 5-go dnia każdego miesiąca.