**Załącznik nr 2 do Umowy o zorganizowanie stażu**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LISTA OBECNOŚCI OSOBY ODBYWAJĄCEJ STAŻ**    **za miesiąc ...................... rok ..........** | | | | |
| *......................................................................................................................... /pieczęć Przyjmującego na staż/* | | | | *....................................................... /numer umowy o zorganizowanie stażu/* |
| *.................................................................................................................................................................................... Imię i nazwisko Stażysty/Stażystki* | | | | |
| **Dzień**  **miesiąca** | **Godziny pracy**  **od - do** | **Liczba godzin przepracowanych** | **Podpis Stażysty/Stażystki** | |
| 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:**

**CH – nieobecność z powodu choroby (zwolnienie lekarskie na druku ZUS ZLA wystawione na BD Center Sp. z o. o./ NIP 517-035-88-78)**

**P/HDK – nieobecność z powodu oddania krwi**

**UW - nieobecność z powodu należnych dni wolnych/wniosek urlopowy**

**NN - nieobecność nieusprawiedliwiona (dzień niepłatny)**

..............................................................

Podpis Opiekuna stażu