**LISTA OBECNOŚCI OSOBY ODBYWAJĄCEJ STAŻ**

……………………………………..…….…

 pieczęć firmowa organizatora

**Lista obecności za miesiąc/rok**…………………………

**Imię i nazwisko stażysty: …………………………………………………………………………………………………………………….**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dzień m-ca** | **Podpis stażysty** | **Liczba godzin** | **Uwagi** |
| **1** |  |  |  **Oznaczenia na liście obecności:****DW** –. dzień wolny udzielony na pisemny wniosek *Organizator zobowiązany jest do udzielenia na wniosek stażysty, dni wolnych w wymiarze 2 dni po każdych 30 dniach kalendarzowych odbywania stażu. Za ostatni miesiąc odbywania stażu Organizator jest zobowiązany na wniosek stażysty udzielić dni wolnych przed upływem zakończenia stażu.***C** – choroba lub opieka (**udokumentowana zwolnieniem lekarskim na druku ZUS ZLA-** za okres udokumentowanej niezdolności do pracy bezrobotny zachowuje **prawo do stypendium w wysokości 50 % kwoty stypendium** )**NU- nieobecność usprawiedliwiona** np. wezwanie do sądu, Organu Administracji Publicznej, potwierdzona stosownym zaświadczeniemDzień wolny od pracy np. sobota, niedziela, święto itp. proszę wykreślić z listy obecności**.****Lista obecności powinna być prowadzona na bieżąco**.**Listę obecności należy dostarczyć do Powiatowego Urzędu Pracy w Kazimierzy Wielkiej, w terminie 5 dni po zakończeniu każdego miesiąca odbywania stażu.**  |
| **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** |  |  |

**UWAGA: Czas pracy bezrobotnego odbywającego staż nie może przekraczać 8 godzin na dobę i przeciętnie 40 godzin w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy, w przyjętym okresie rozliczeniowym nieprzekraczającym 3 miesięcy. Czas realizacji programu stażu bezrobotnego będącego osobą niepełnosprawną zaliczoną do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności nie może przekroczyć 7 godzin na dobę i przeciętnie 35 godzin w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy, w przyjętym okresie rozliczeniowym nieprzekraczającym 3 miesięcy** (Ustawa z dnia 20 marca 2025 o rynku pracy i służbach zatrudnienia).

………………………………………………*(pieczęć i podpis Organizatora)*