

LISTA OBECNOŚCI – STAŻ

numer umowy UmStaz/25/

rok.....

miesiąc.....

	Liczba godzin 4h lub 8 h	 imię i nazwisko	 imię i nazwisko	Oznaczenia:
Lp		1	2	Ch – chorobowe na drukach ZUS ZLA
1				DW – dni wolne
2				X – sobota, niedziela, święta
3				
4				Dni wolne (DW)
5				Na wniosek bezrobotnego Organizator
6				obowiązany jest do udzielenia dni wolnych
7				w wymiarze 2 dni po upływie
8				30 dni kalendarzowych odbywania stażu
9				
10				Bezrobotny nie może odbywać stażu:
11				- w niedziele i święta,
12				- w porze nocnej,
13				- w systemie pracy zmianowej,
14				- w nadgodzinach.
15				Czas pracy stażysty nie może przekraczać
16				8 godz. na dobę (40 godz. tyg.) lub 4 godz. na dobę
17				(20 godz. tyg.) a będącego osobą niepełnosprawną
18				zaliczoną do znacznego lub umiarkowanego stopnia
19				niepełnosprawności – 7 godz. na dobę
20				(35 godz. tygodniowo).
21				
22				Nie przysługuje stażystę:
23				- urlop okolicznościowy
24				- opieka nad zdrowym dzieckiem
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

.....
(podpis i pieczęć Organizatora)

UWAGA: Listę należy dostarczyć do Powiatowego Urzędu Pracy do 5-go dnia każdego miesiąca.
Niezaastosowanie się do tego terminu skutkuje wstrzymaniem stypendium stażysty.