

## LISTA OBECNOŚCI STAŻYSTY

w ramach programu regionalnego „MAZOWSZE 2023 – bezrobotni do 30 roku życia”

Miesiąc ..... Rok .....

.....  
(pieczętka Organizatora stażu)

NR UMOWY .....

Nazwisko i imię .....

DZIEŃ	PODPIS STAŻYSTY
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.	

**W** – dzień wolny

**CH** – choroba stażysty (zwolnienie lekarskie na druku ZUS ZLA dostarczyć do PUP wraz z oryginałem listy obecności);

**NN** – nieobecność nieusprawiedliwiona (o takiej nieobecności należy niezwłocznie powiadomić tutaj Urząd).

**NU** – nieobecność usprawiedliwiona obowiązkiem stawiennictwa przed sądem lub organem administracji publicznej.

.....  
(pieczętka i podpis Organizatora stażu)