LISTA OBECNOŚCI

osoby odbywającej staż

(pieczęć Organizatora stażu)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Miesiąc i rok  ………………… | Imię i nazwisko bezrobotnego |  |  | Podpis Organizatora  stażu lub opiekuna potwierdzającego obecność  bezrobotnego  na stażu\* | \* brak potwierdzenia obecności przez Opiekuna lub Organizatora stażu uniemożliwi naliczenie stypendium stażowego dla bezrobotnego |
|
| 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 |  | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Razem spóźnienia:  usprawiedliwione – min ………… nieusprawiedliwione – min……… | …………………………………………… |
| *Potwierdzam za zgodność, pieczęć  i podpis Organizatora stażu* |

**Obowiązujące oznaczenia:**

**DW** – dzień wolny udzielony przez pracodawcę - wniosek o dzień wolny należy dołączyć do listy obecności)

**C lub L4 –** choroba lub opieka (udokumentowana zwolnieniem lekarskim na druku ZUS ZLA)

Oświadczam, że zgodnie z zawartą umową o zorganizowanie stażu nr**…………………….** Uczestnik stażu, Pani/Pan **………………………………………….………..** został:

* zapoznany z przygotowanym zakresem zadań do realizacji w ramach programu stażu\*,
* przeszkolony w zakresie Bezpieczeństwa i Higieny Pracy oraz przepisów przeciwpożarowych,
* zapoznany z obowiązującym regulaminem pracy i innymi zasadami obowiązującymi   
  w miejscu odbywania stażu, zgodnie z zasadami przewidzianymi dla innych pracowników.

Oświadczam także, iż Uczestnik stażu posiada zdolność do wykonywania pracy na stanowisku, na którym odbywa staż w związku z przeprowadzeniem badań wstępnych   
w oparciu o art. 229 Kodeksu Pracy.\*\*

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………. | ………………………………………………… |
| *(miejsce i data)* | *(podpis i pieczątka Organizatora stażu)* |

**Lista obecności została zweryfikowana podpis pracownika UPPK**

**………………………………………**

\* Bezrobotny stażysta niebędący pracownikiem nie ponosi odpowiedzialności materialnej, czynności ujęte w opisie zadań będzie wykonywał w formie nauki i pod nadzorem wskazanego opiekuna.

\*\* Zgodnie z § 6 ust. 1 pkt. 4 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia   
20 sierpnia 2009 roku w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz. U. z 2009 roku, nr 142, poz. 1160) organizator zapewnia bezrobotnemu profilaktyczną ochronę zdrowia w zakresie przewidzianym dla pracowników.