*WZÓR*

*Załącznik nr 8*

……………………………………………

*(pieczęć Stażodawcy)*

LISTA OBECNOŚCI Stażysty/ki

w ramach projektu pn.: ***„Podniesienie poziomu kształcenia zawodowego w Powiecie Włocławskim”***

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020

…………………………………………………………………….…

*Stażysta/tka (imię i nazwisko)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dzień stażu** | **Data** | **Czytelny podpis Stażysty/ki** |
| 1 |  |  |
| *2* |  |  |
| *3* |  |  |
| *4* |  |  |
| *5* |  |  |
| *6* |  |  |
| *7* |  |  |
| *8* |  |  |
| *9* |  |  |
| *10* |  |  |
| *11* |  |  |
| *12* |  |  |
| *13* |  |  |
| *14* |  |  |
| *15* |  |  |
| *16* |  |  |
| *17* |  |  |
| *18* |  |  |
| *19* |  |  |
| *20* |  |  |
| *\** |  |  |

**Oznaczenia:**

**NN** – nieobecność nieusprawiedliwiona

**NU** – nieobecność usprawiedliwiona

**Ch** – choroba potwierdzona zwolnieniem lekarskim

*(Nie należy używać korektora!)*

**Lista obecności musi być podpisywana codziennie i przechowywana przez Opiekuna stażu w miejscu odbywania stażu.**

*\*dodać wiersze o ile dotyczy*

……………………..………………………………

*czytelny podpis Opiekuna stażu*