

Projekt realizowany na podstawie umowy z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Kielcach, pełniącym rolę Instytucji Pośredniczącej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020

.....
(nazwa i adres Pracodawcy)

MIESIĘCZNA LISTA OBECNOŚCI STAŻYSTKI/STAŻYSTY

| | |
|---|--|
| Imię i nazwisko Stażystki/Stażysty | |
| Miejsce odbywania stażu (adres): | |
| Miesiąc i rok | |

| DZIEŃ | PODPIS STAŻYSTKI/STAŻYSTY | PODPIS OPIEKUNA |
|-------|---------------------------|-----------------|
| 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 | | |

Oznaczenia: CH - choroba, DW - dzień wolny