

Załącznik 3 do Umowy trójstronnej o staż

LISTA OBECNOŚCI NA STAŻU

| | |
|---------------------------|--|
| Imię i nazwisko stażysty: | |
| Miesiąc: | |

(do listy należy dołączyć, jeżeli dotyczy: wniosek o udzielenie dni wolnych, zwolnienie lekarskie na druku ZUS ZLA)

| Data/miesiąc | Liczba godzin | Podpis stażysty | Uwagi pracodawcy / opiekuna stażu |
|--------------|---------------|-----------------|-----------------------------------|
| 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 | | | | |

.....
Podpis opiekuna stażu