…………………………………………… ……………………………………………….

 pieczątka Organizatora nazwisko i imię bezrobotnego

**LISTA OBECNOŚCI ZA MIESIĄC ……………..…. 2024**

W RAMACH ZAWARTEJ UMOWY NR ……….…………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DNI MIESIĄCA | DNI TYGODNIA | GODZINY PRACY OD-DO | LICZBA GODZIN | 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 |  |  |  |  |

**Legenda:**

**NU –** nieobecność usprawiedliwiona (zwolnienie lekarskie; dni wolne – przysługujące w wymiarze
2 dni wolnego po każdych 30 dniach kalendarzowych);

**NN** – nieobecność nieusprawiedliwiona (w przypadku nieobecności nieusprawiedliwionej podczas więcej niż 1 dnia stażu bezrobotny może zostać pozbawiony możliwości kontynuowania stażu).

 ………………………………………………………

 podpis i pieczątka Organizatora