**LISTA OBECNOŚCI OSOBY BEZROBOTNEJ ODBYWAJACEJ STAŻ**

**Nr umowy: CAZ. 6200. .2023**

**Za miesiąc …………………………………….. rok ……………………………………….**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dzień | Imię i Nazwisko …………………………… | **OZNACZENIA NA LISCIE OBECNOŚCI**  **DW –** dzień wolny udzielony na wniosek bezrobotnego  **C –** choroba (**udokumentowana zwolnieniem lekarskim na druku ZUS ZLA)**  *Organizator zobowiązany jest do udzielenia na wniosek bezrobotnego odbywającego staż dni wolnych w wymiarze 2 dni za każde 30 dni kalendarzowych odbywania stażu. Za ostatni miesiąc odbywania stażu Organizator jest zobowiązany udzielić dni wolnych przed upływem zakończenia stażu.*  **Dzień wolny od pracy** np. sobota, niedziela, święto itp. Proszę wykreślić z listy obecności.  **Lista obecności powinna być prowadzona na bieżąco**. W przypadku konieczności dokonania zmian na liści należy przekreślić błędny wpis i po dokonaniu poprawy potwierdzić ją podpisem i pieczątką (**prosimy nie używać korektora**). |
| 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 |  |

**UWAGA: Czas pracy bezrobotnego odbywającego staż nie może przekraczać 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo, a bezrobotnego będącego osoba niepełnosprawną zaliczaną do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności – 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo** (Rozporządzenie MPiPS z dnia 20 sierpnia 2009r w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych – Dz. U. Nr 142, poz.1160).

………………………………. …………………………………………..

/Pieczęć nagłówkowa Organizatora/ / pieczątka imienna i podpis Organizatora/