**…………………………………**

**(pieczątka nagłówkowa Organizatora)**

**LISTA OBECNOŚCI ZA MIESIĄC …………………………. ROK ………. Nr umowy ………………………………………**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DZIEŃ** | **PODPIS POSZUKUJĄCEGO PRACY** | | | | **Oznaczenia na liście obecności:**  **NU – nieobecność usprawiedliwiona:**  **- dzień wolny** udzielony na pisemny wniosek poszukującego pracy. Organizator zobowiązany jest do udzielenia na wniosek posz. pracy odbywającego staż dni wolnych w wymiarze **2 dni za każde 30 dni kalendarzowe stażu**. Za ostatni miesiąc odbywania stażu Organizator jest zobowiązany udzielić dni wolnych przed upływem zakończenia stażu. **Za dni wolne przysługuje stypendium. Za niewykorzystane  w trakcie trwania stażu dni wolne nie przysługuje ekwiwalent.  Za wykorzystane w nadmiarze dni wolne – stypendium nie przysługuje! *(wniosek należy dołączyć do listy obecności).***  - **choroba lub opieka** – ***(udokumentowana zwolnieniem lekarskim na druku ZUS ZLA lub  e-ZLA).***  - **nieobecność usprawiedliwiona** obowiązkiem stawiennictwa przed sądem, organem administracji publicznej lub z tytułu oddania krwi, **za którą stypendium przysługuje**. ***(nieobecność należy potwierdzić kopią pisma urzędowego zawierającego adnotację potwierdzającą stawienie się na wezwanie).***  - **w przypadku innych nieobecności** – (np. dzień wolny od pracy dla wszystkich pracowników, **za który stypendium przysługuje)**. ***(wymaga to podłączenia do listy obecności dodatkowego pisma, zarządzenia lub regulaminu wewnętrznego zakładu wyjaśniającego nieobecność).***  **NN - nieobecność nieusprawiedliwiona** (o takiej nieobecności należy niezwłocznie powiadomić tut. Urząd).  **„---„** - dzień wolny od pracy - np. sobota, niedziela, święto - **proszę wykreślić z listy obecności !**  **Lista obecności powinna być prowadzona na bieżąco!**  **UWAGA: czas pracy posz. pracy odbywającego staż nie może przekraczać 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo, a posz. pracy będącego osobą niepełnosprawną zaliczoną do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności – 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo.**  **Listę obecności należy dostarczyć do powiatowego Urzędu Pracy w Kętrzynie w terminie 5 dni po zakończeniu każdego miesiąca.** |
|  |  |  |  |
| **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 i pieczątka Organizatora lub osoby upoważnionej)