*załącznik nr 4 do Regulaminu organizacji stażu zawodowego*

**LISTA OBECNOŚCI STAŻYSTY**

 **w ramach projektu:**  *„****Wysoka jakość kształcenia zawodowego w powiecie milickim -edycja 3” nr*** ***RPDS.10.04.01-02-0014/20*** realizowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Oś Priorytetowa: 10 Edukacja , Działanie : 10.4 Dostosowanie systemów kształcenia i szkolenia zawodowego do potrzeb rynku pracy , Poddziałanie: 10.4.1. Dostosowanie systemów kształcenia i szkolenia zawodowego do potrzeb rynku pracy – konkursy horyzontalne

**Imię i nazwisko Stażysty/tki:………………………………...………………………...……………..**

**Nazwa i adres Stażodawcy : ….…………………………….………………………….……………… ………………………………………………………….……………..**

 **…………………………………..……………………….……………….**

**Numer umowy trójstronnej w sprawie realizacji stażu zawodowego: ………….………………….**

**Wymiar czasu stażu (liczba godzin): …………………………………….……………………………**

**Imię i nazwisko Opiekuna stażu:……………………………...…………………………….…………**

**Miejsce odbywania stażu ………………………………………………………………………………**

 **……………………………………………………………………………….**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DZIEŃ STAŻU** | **OKRES ODBYWANIA STAŻU ……………………………………………** |  |
| **Data** | **GODZINY PRACY OD… DO** | **LICZBA GODZIN** | **Podpis Stażysty** | **PODPIS** **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. |  |  |  |  |  |

**Lista obecności powinna być prowadzona na bieżąco .**

W przypadku konieczności zmiany na liście, należy przekreślić błędny zapis i po dokonaniu poprawek potwierdzić ją podpisem i pieczątką **(Nie należy używać korektora!)**

**SYMBOL:**

* **NU** – nieobecność usprawiedliwiona z powodu choroby lub innej uzasadnionej przyczyny
* **P** – nieobecność z powodu dnia wolnego od pracy całego zakładu
* **NN** – nieobecność nieusprawiedliwiona

**UWAGA:**

1. Lista obecności odbywania stażu, ewentualne zaświadczenia lekarskie, oraz pisemne oświadczenia usprawiedliwiające ewentualne nieobecności powinny być dostarczone do Organizatora Stażu - biura projektu Zespół Szkół im. T. Kościuszki w Miliczu, ul. Trzebnicka 4, 56-300 Milicz, pok. nr 14 ,wraz z kompletem dokumentów w terminie 10 dni kalendarzowych od ostatniego dnia realizacji stażu:

2. Lista musi być wypełniona w sposób czytelny i kompletny.

3. Stażodawca zobowiązany jest do niezwłocznego, nie później jednak niż w ciągu 3 dni od daty zdarzenia, pisemnego poinformowania Organizatora Stażu/Zespół Szkół im. T. Kościuszki w Miliczu o każdej nieusprawiedliwionej nieobecności stażysty/ki.

**Zatwierdzam listę obecności uczestnika stażu :**

**….……………………………………………….
data i podpis Koordynatora szkolnego**