



Lista obecności Uczestnika stażu: WRZESIEŃ 2017r.

Projekt „Młodzi Tele-Specjaliści”

Imię i nazwisko:					
Miejsce odbywania stażu: (nazwa i adres siedziby Pracodawcy)					
Dzień m-ca	Godziny stażu od - do	Ilość godzin stażu	Podpis Uczestnika stażu	Uwagi	
					1
2	sobota	_____	_____	_____	
3	niedziela	_____	_____	_____	
4	poniedziałek				
5	wtorek				
6	środa				
7	czwartek				
8	piątek				
9	sobota	_____	_____	_____	
10	niedziela	_____	_____	_____	
11	poniedziałek				
12	wtorek				
13	środa				
14	czwartek				
15	piątek				
16	sobota	_____	_____	_____	
17	niedziela	_____	_____	_____	
18	poniedziałek				
19	wtorek				
20	środa				
21	czwartek				
22	piątek				
23	sobota	_____	_____	_____	
24	niedziela	_____	_____	_____	
25	poniedziałek				
26	wtorek				
27	środa				
28	czwartek				
29	piątek				
30	sobota	_____	_____	_____	

Oznaczenia:

- Ch** – choroba,
- UW** – urlop wypoczynkowy,
- NN** – nieobecność nieusprawiedliwiona,
- NU** – nieobecność usprawiedliwiona.

.....
Podpis Opiekuna stażu

Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój

