*Załącznik nr 7*

………………………………………………………….

(pieczęć Stażodawcy)

**LISTA OBECNOŚCI Stażysty/ki**

**w ramach projektu pn.: „Aktywne kształcenie zawodowe w Powiecie Lwóweckim”,**

**numer FEDS.08.01-IZ.00-0017/23-00 współfinansowanego ze środków**

**Europejskiego Funduszu Społecznego Plus**

……………………………………………………………….

Stażysta/tka (imię i nazwisko)

Lista obecności musi być podpisywana codziennie i przechowywana przez Opiekuna stażu w miejscu odbywania stażu.

Oznaczenia:

**NN** – nieobecność nieusprawiedliwiona

**NU** – nieobecność usprawiedliwiona

**Ch** – choroba potwierdzona zwolnieniem lekarskim

*(Nie należy używać korektora!)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dzień stażu | Data | Czytelny Podpis Stażysty/ki | Czytelny 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 |  |  |  |

\*dodać wiersze o ile dotyczy

……………………………………………………….. ………………………………………………………..

Podpis Opiekuna stażu Podpis Stażysty/ki