**Załącznik nr 2**

**LISTA OBECNOŚCI NA STAŻU**

**w ramach projektu „Zawodowcy w Oddziale TEB Edukacja w Szczecinie”
nr RPZP.08.06.00-32-K030/20**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko Stażysty:** |  |
| **Nazwa Zakładu Pracy:** |  |
| **Dział/ Komórka organizacyjna:** |  |
| **Miesiąc/ Rok :** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data** | **Podpis stażysty** |
| 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. |   |   |

 **ZW –** *zwolnienie lekarskie*

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………….…………*Pieczątka Zakładu Pracy* | …………………………………………….……………….*Podpis Opiekuna stażu* |