**ZAŁĄCZNIK NR 2 DO UMOWY STAŻOWEJ NR ST/……………/ZSE/2020/E**

**LISTA OBECNOŚCI NA STAŻU**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i Nazwisko Stażysty** | |  | | | |
| L.p. | Data | Godziny pracy  od - do | Ilość przepracowanych godzin w dniu | 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 |  |  |  |  |  |
| Liczba dni przepracowanych w trakcie stażu | |  | Zgodność wykonanej pracy z Indywidualnym Planem Stażu  Tak  Nie | | |
| Liczba godzin przepracowanych w trakcie stażu | |  |

*Data, pieczęć i podpis Przyjmującego na staż Data i czytelny podpis Opiekuna stażu*