Załącznik nr 3 do Umowy trójstronnej o staż

**LISTA OBECNOŚCI NA STAŻU**

**W RAMACH UMOWY NR …..................... Z DNIA**

do Projektu pn. „Opolskie staże z PO WERem”

realizowanego przez Wojewódzki Urząd Pracy w Opolu w ramach

Priorytetu I *Rynek pracy otwarty dla wszystkich*

Działanie 1.2 *Wsparcie osób młodych na regionalnym rynku pracy*

Poddziałanie 1.2.1 *Wsparcie udzielane z Europejskiego Funduszu Społecznego*

Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014 - 2020

………………..………………………………

(pieczątka Organizatora stażu)

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

Miesiąc ………………. rok …………………

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| dzieńm-ca | godzina przyjścia | podpis Stażysty | godzina wyjścia | podpis Stażysty  | liczba godzin | uwagi |
| 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. |  |  |  |  |  |  |
| Suma godzin |  |

**Oznaczenia na liście obecności:**

* **NN** - nieobecność nieusprawiedliwiona
* **NU -** nieobecność usprawiedliwiona (udokumentowana)

**Uwagi dodatkowe**

1. **Dzień wolny od pracy** np. sobota, niedziela, święto itp. **proszę wykreślić z listy obecności.**
2. Lista obecności powinna być prowadzona na bieżąco.
3. W przypadku konieczności dokonania zmiany na liście należy przekreślić błędny wpis i po dokonaniu poprawy potwierdzić ją podpisem i pieczątką **(prosimy nie używać korektora).**
4. Czas pracy Stażysty nie może przekraczać 8 godzin na dobę i 40, godzin tygodniowo,
a w przypadku Stażysty będącego osobą z niepełnosprawnością zaliczanych do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności, 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo.

……………………………………………………………

 (podpis i imienna pieczątka Organizatora stażu)