

(miejsce na logo projektu)

**LISTA OBECNOŚCI  
OSOBY ODBYWAJĄCEJ STAŻ  
za miesiąc STYCZEŃ rok 2024**

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Nazwa pracodawcy: .....

\*Symbol rodzaju nieobecności: **W** – dzień wolny udzielony na wniosek bezrobotnego **C** – zwolnienie lekarskie  
Proszę wykreślić z listy obecności dni wolne od pracy (sobota, niedziela, święto). **W przypadku innej nieobecności należy opisać przyczynę.**

Dzień miesiąca	Podpis osoby odbywającej staż / symbol nieobecności/opis przyczyny*	Dzień miesiąca	Podpis osoby odbywającej staż / symbol nieobecności/opis przyczyny *
1.		17.	
2.		18.	
3.		19.	
4.		20.	
5.		21.	
6.		22.	
7.		23.	
8.		24.	
9.		25.	
10.		26.	
11.		27.	
12.		28.	
13.		29.	
14.		30.	
15.		31.	
16.			

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis organizatora stażu)

**Uwaga!**

**Prawidłowo wypełniona lista obecności powinna być dostarczona do siedziby Urzędu do doradcy klienta do 5. dnia kalendarzowego każdego miesiąca. W przypadku niedostarczenia listy wypłata stypendium zostanie wstrzymana.**

Data wpływu listy obecności: .....  
podpis doradcy

**LISTA OBECNOŚCI  
OSOBY ODBYWAJĄCEJ STAŻ**

**za miesiąc LUTY rok 2024**

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Nazwa pracodawcy: .....

\*Symbol rodzaju nieobecności: **W** – dzień wolny udzielony na wniosek bezrobotnego **C** – zwolnienie lekarskie  
Proszę wykreślić z listy obecności dni wolne od pracy (sobota, niedziela, święto). **W przypadku innej nieobecności należy opisać przyczynę.**

Dzień miesiąca	Podpis osoby odbywającej staż / symbol nieobecności/opis przyczyny*	Dzień miesiąca	Podpis osoby odbywającej staż / symbol nieobecności/opis przyczyny *
1.		17.	
2.		18.	
3.		19.	
4.		20.	
5.		21.	
6.		22.	
7.		23.	
8.		24.	
9.		25.	
10.		26.	
11.		27.	
12.		28.	
13.		29.	
14.			
15.			
16.			

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis organizatora stażu)

**Uwaga!**

**Prawidłowo wypełniona lista obecności powinna być dostarczona do siedziby Urzędu do doradcy klienta do 5. dnia kalendarzowego każdego miesiąca. W przypadku niedostarczenia listy wypłata stypendium zostanie wstrzymana.**

Data wpływu listy obecności: .....  
podpis doradcy

**LISTA OBECNOŚCI  
OSOBY ODBYWAJĄCEJ STAŻ**

**za miesiąc MARZEC rok 2024**

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Nazwa pracodawcy: .....

\*Symbol rodzaju nieobecności: **W** – dzień wolny udzielony na wniosek bezrobotnego **C** – zwolnienie lekarskie  
Proszę wykreślić z listy obecności dni wolne od pracy (sobota, niedziela, święto). **W przypadku innej nieobecności należy opisać przyczynę.**

Dzień miesiąca	Podpis osoby odbywającej staż / symbol nieobecności/opis przyczyny*	Dzień miesiąca	Podpis osoby odbywającej staż / symbol nieobecności/opis przyczyny *
1.		17.	
2.		18.	
3.		19.	
4.		20.	
5.		21.	
6.		22.	
7.		23.	
8.		24.	
9.		25.	
10.		26.	
11.		27.	
12.		28.	
13.		29.	
14.		30.	
15.		31.	
16.			

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis organizatora stażu)

**Uwaga!**

**Prawidłowo wypełniona lista obecności powinna być dostarczona do siedziby Urzędu do doradcy klienta do 5. dnia kalendarzowego każdego miesiąca. W przypadku niedostarczenia listy wypłata stypendium zostanie wstrzymana.**

Data wpływu listy obecności: .....  
podpis doradcy

**LISTA OBECNOŚCI  
OSOBY ODBYWAJĄCEJ STAŻ  
za miesiąc KWIECIEŃ rok 2024**

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Nazwa pracodawcy: .....

\*Symbol rodzaju nieobecności: **W** – dzień wolny udzielony na wniosek bezrobotnego **C** – zwolnienie lekarskie  
Proszę wykreślić z listy obecności dni wolne od pracy (sobota, niedziela, święto). **W przypadku innej nieobecności należy opisać przyczynę.**

Dzień miesiąca	Podpis osoby odbywającej staż / symbol nieobecności/opis przyczyny*	Dzień miesiąca	Podpis osoby odbywającej staż / symbol nieobecności/opis przyczyny *
1.		17.	
2.		18.	
3.		19.	
4.		20.	
5.		21.	
6.		22.	
7.		23.	
8.		24.	
9.		25.	
10.		26.	
11.		27.	
12.		28.	
13.		29.	
14.		30.	
15.			
16.			

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis organizatora stażu)

**Uwaga!**

**Prawidłowo wypełniona lista obecności powinna być dostarczona do siedziby Urzędu do doradcy klienta do 5. dnia kalendarzowego każdego miesiąca. W przypadku niedostarczenia listy wypłata stypendium zostanie wstrzymana.**

Data wpływu listy obecności: .....

.....  
podpis doradcy

**LISTA OBECNOŚCI  
OSOBY ODBYWAJĄCEJ STAŻ**

**za miesiąc MAJ rok 2024**

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Nazwa pracodawcy: .....

\*Symbol rodzaju nieobecności: **W** – dzień wolny udzielony na wniosek bezrobotnego **C** – zwolnienie lekarskie  
Proszę wykreślić z listy obecności dni wolne od pracy (sobota, niedziela, święto). **W przypadku innej nieobecności należy opisać przyczynę.**

Dzień miesiąca	Podpis osoby odbywającej staż / symbol nieobecności/opis przyczyny*	Dzień miesiąca	Podpis osoby odbywającej staż / symbol nieobecności/opis przyczyny *
1.		17.	
2.		18.	
3.		19.	
4.		20.	
5.		21.	
6.		22.	
7.		23.	
8.		24.	
9.		25.	
10.		26.	
11.		27.	
12.		28.	
13.		29.	
14.		30.	
15.		31.	
16.			

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis organizatora stażu)

**Uwaga!**

**Prawidłowo wypełniona lista obecności powinna być dostarczona do siedziby Urzędu do doradcy klienta do 5. dnia kalendarzowego każdego miesiąca. W przypadku niedostarczenia listy wypłata stypendium zostanie wstrzymana.**

Data wpływu listy obecności: .....  
podpis doradcy

**LISTA OBECNOŚCI  
OSOBY ODBYWAJĄCEJ STAŻ  
za miesiąc CZERWIEC rok 2024**

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Nazwa pracodawcy: .....

\*Symbol rodzaju nieobecności: **W** – dzień wolny udzielony na wniosek bezrobotnego **C** – zwolnienie lekarskie  
Proszę wykreślić z listy obecności dni wolne od pracy (sobota, niedziela, święto). **W przypadku innej nieobecności należy opisać przyczynę.**

Dzień miesiąca	Podpis osoby odbywającej staż / symbol nieobecności/opis przyczyny*	Dzień miesiąca	Podpis osoby odbywającej staż / symbol nieobecności/opis przyczyny *
1.		17.	
2.		18.	
3.		19.	
4.		20.	
5.		21.	
6.		22.	
7.		23.	
8.		24.	
9.		25.	
10.		26.	
11.		27.	
12.		28.	
13.		29.	
14.		30.	
15.			
16.			

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis organizatora stażu)

**Uwaga!**

**Prawidłowo wypełniona lista obecności powinna być dostarczona do siedziby Urzędu do doradcy klienta do 5. dnia kalendarzowego każdego miesiąca. W przypadku niedostarczenia listy wypłata stypendium zostanie wstrzymana.**

Data wpływu listy obecności: .....  
podpis doradcy

**LISTA OBECNOŚCI  
OSOBY ODBYWAJĄCEJ STAŻ**

**za miesiąc LIPIEC rok 2024**

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Nazwa pracodawcy: .....

\*Symbol rodzaju nieobecności: **W** – dzień wolny udzielony na wniosek bezrobotnego **C** – zwolnienie lekarskie  
Proszę wykreślić z listy obecności dni wolne od pracy (sobota, niedziela, święto). **W przypadku innej nieobecności należy opisać przyczynę.**

Dzień miesiąca	Podpis osoby odbywającej staż / symbol nieobecności/opis przyczyny*	Dzień miesiąca	Podpis osoby odbywającej staż / symbol nieobecności/opis przyczyny *
1.		17.	
2.		18.	
3.		19.	
4.		20.	
5.		21.	
6.		22.	
7.		23.	
8.		24.	
9.		25.	
10.		26.	
11.		27.	
12.		28.	
13.		29.	
14.		30.	
15.		31.	
16.			

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis organizatora stażu)

**Uwaga!**

**Prawidłowo wypełniona lista obecności powinna być dostarczona do siedziby Urzędu do doradcy klienta do 5. dnia kalendarzowego każdego miesiąca. W przypadku niedostarczenia listy wypłata stypendium zostanie wstrzymana.**

Data wpływu listy obecności: .....  
podpis doradcy

**LISTA OBECNOŚCI  
OSOBY ODBYWAJĄCEJ STAŻ**

**za miesiąc SIERPIEŃ rok 2024**

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Nazwa pracodawcy: .....

\*Symbol rodzaju nieobecności: **W** – dzień wolny udzielony na wniosek bezrobotnego **C** – zwolnienie lekarskie  
Proszę wykreślić z listy obecności dni wolne od pracy (sobota, niedziela, święto). **W przypadku innej nieobecności należy opisać przyczynę.**

Dzień miesiąca	Podpis osoby odbywającej staż / symbol nieobecności/opis przyczyny*	Dzień miesiąca	Podpis osoby odbywającej staż / symbol nieobecności/opis przyczyny *
1.		17.	
2.		18.	
3.		19.	
4.		20.	
5.		21.	
6.		22.	
7.		23.	
8.		24.	
9.		25.	
10.		26.	
11.		27.	
12.		28.	
13.		29.	
14.		30.	
15.		31.	
16.			

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis organizatora stażu)

**Uwaga!**

**Prawidłowo wypełniona lista obecności powinna być dostarczona do siedziby Urzędu do doradcy klienta do 5. dnia kalendarzowego każdego miesiąca. W przypadku niedostarczenia listy wypłata stypendium zostanie wstrzymana.**

Data wpływu listy obecności: .....

.....  
podpis doradcy



**LISTA OBECNOŚCI  
OSOBY ODBYWAJĄCEJ STAŻ**

**za miesiąc WRZESIEŃ rok 2024**

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Nazwa pracodawcy: .....

\*Symbol rodzaju nieobecności: **W** – dzień wolny udzielony na wniosek bezrobotnego **C** – zwolnienie lekarskie  
Proszę wykreślić z listy obecności dni wolne od pracy (sobota, niedziela, święto). **W przypadku innej nieobecności należy opisać przyczynę.**

Dzień miesiąca	Podpis osoby odbywającej staż / symbol nieobecności/opis przyczyny*	Dzień miesiąca	Podpis osoby odbywającej staż / symbol nieobecności/opis przyczyny *
1.		17.	
2.		18.	
3.		19.	
4.		20.	
5.		21.	
6.		22.	
7.		23.	
8.		24.	
9.		25.	
10.		26.	
11.		27.	
12.		28.	
13.		29.	
14.		30.	
15.			
16.			

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis organizatora stażu)

**Uwaga!**

**Prawidłowo wypełniona lista obecności powinna być dostarczona do siedziby Urzędu do doradcy klienta do 5. dnia kalendarzowego każdego miesiąca. W przypadku niedostarczenia listy wypłata stypendium zostanie wstrzymana.**

Data wpływu listy obecności: .....  
podpis doradcy

**LISTA OBECNOŚCI  
OSOBY ODBYWAJĄCEJ STAŻ  
za miesiąc PAŹDZIERNIK rok 2024**

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Nazwa pracodawcy: .....

\*Symbol rodzaju nieobecności: **W** – dzień wolny udzielony na wniosek bezrobotnego **C** – zwolnienie lekarskie  
Proszę wykreślić z listy obecności dni wolne od pracy (sobota, niedziela, święto). **W przypadku innej nieobecności należy opisać przyczynę.**

Dzień miesiąca	Podpis osoby odbywającej staż / symbol nieobecności/opis przyczyny*	Dzień miesiąca	Podpis osoby odbywającej staż / symbol nieobecności/opis przyczyny *
1.		17.	
2.		18.	
3.		19.	
4.		20.	
5.		21.	
6.		22.	
7.		23.	
8.		24.	
9.		25.	
10.		26.	
11.		27.	
12.		28.	
13.		29.	
14.		30.	
15.		31.	
16.			

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis organizatora stażu)

**Uwaga!**

**Prawidłowo wypełniona lista obecności powinna być dostarczona do siedziby Urzędu do doradcy klienta do 5. dnia kalendarzowego każdego miesiąca. W przypadku niedostarczenia listy wypłata stypendium zostanie wstrzymana.**

Data wpływu listy obecności: .....  
podpis doradcy

**LISTA OBECNOŚCI  
OSOBY ODBYWAJĄCEJ STAŻ**

**za miesiąc LISTOPAD rok 2024**

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Nazwa pracodawcy: .....

\*Symbol rodzaju nieobecności: **W** – dzień wolny udzielony na wniosek bezrobotnego **C** – zwolnienie lekarskie  
Proszę wykreślić z listy obecności dni wolne od pracy (sobota, niedziela, święto). **W przypadku innej nieobecności należy opisać przyczynę.**

Dzień miesiąca	Podpis osoby odbywającej staż / symbol nieobecności/opis przyczyny*	Dzień miesiąca	Podpis osoby odbywającej staż / symbol nieobecności/opis przyczyny *
1.		17.	
2.		18.	
3.		19.	
4.		20.	
5.		21.	
6.		22.	
7.		23.	
8.		24.	
9.		25.	
10.		26.	
11.		27.	
12.		28.	
13.		29.	
14.		30.	
15.			
16.			

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis organizatora stażu)

**Uwaga!**

**Prawidłowo wypełniona lista obecności powinna być dostarczona do siedziby Urzędu do doradcy klienta do 5. dnia kalendarzowego każdego miesiąca. W przypadku niedostarczenia listy wypłata stypendium zostanie wstrzymana.**

Data wpływu listy obecności: .....  
podpis doradcy

**LISTA OBECNOŚCI  
OSOBY ODBYWAJĄCEJ STAŻ**

**za miesiąc GRUDZIEŃ rok 2024**

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Nazwa pracodawcy: .....

\*Symbol rodzaju nieobecności: **W** – dzień wolny udzielony na wniosek bezrobotnego **C** – zwolnienie lekarskie  
Proszę wykreślić z listy obecności dni wolne od pracy (sobota, niedziela, święto). **W przypadku innej nieobecności należy opisać przyczynę.**

Dzień miesiąca	Podpis osoby odbywającej staż / symbol nieobecności/opis przyczyny*	Dzień miesiąca	Podpis osoby odbywającej staż / symbol nieobecności/opis przyczyny *
1.		17.	
2.		18.	
3.		19.	
4.		20.	
5.		21.	
6.		22.	
7.		23.	
8.		24.	
9.		25.	
10.		26.	
11.		27.	
12.		28.	
13.		29.	
14.		30.	
15.		31.	
16.			

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis organizatora stażu)

**Uwaga!**

**Prawidłowo wypełniona lista obecności powinna być dostarczona do siedziby Urzędu do doradcy klienta do 5. dnia kalendarzowego każdego miesiąca. W przypadku niedostarczenia listy wypłata stypendium zostanie wstrzymana.**

Data wpływu listy obecności: .....  
podpis doradcy