



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Załącznik nr 4 do umowy

**LISTA OBECNOŚCI NA STAŻU**

Imię i nazwisko stażysty:	
Miesiąc:	

(do listy należy dołączyć, jeżeli dotyczy: wniosek o udzielenie dni wolnych, zwolnienie lekarskie na druku ZUS ZLA)

Data	Liczba godzin	Podpis stażysty	Uwagi pracodawcy / 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			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			

.....  
Podpis opiekuna stażu



Centrum Charytatywno- Opiekuńcze CARITAS  
p.w. Matki Bożej z Lourdes w Pile  
ul. Kossaka 16 64-920 Pila

POKL.07.02.01-30-050/13



Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej  
ul. Dworcowa 22 64-810 Kaczory

