**Załącznik nr 3 do umowy trójstronnej nr …………………………**

**o organizację stażu w ramach projektu pt.: *Twój los w Twoich rękach – wsparcie społeczne i zawodowe cudzoziemców* współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027**

**Annex No. 3 to the three-party agreement No. …………………………**

**on the organization of an internship as part of the project entitled: Your fate is in your hands - social and professional support for foreigners co-financed by the European Social Fund Plus under the European Funds for Lubuskie 2021-2027 program**

**Lista obecności Attendance list**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lista obecności osoby odbywającej staż w ramach projektu pt.: ***Twój los w Twoich rękach – wsparcie społeczne i zawodowe cudzoziemców*, nr FELB.06.12-IZ.00-0001/23**  Attendance list of a person undergoing an internship under the project entitled: ***Your fate in your hands – social and professional support for foreigners*, no. FELB.06.12-IZ.00-0001/23** za miesiąc for the month: **…………………………………………………** | | | |
| **……………………………………………………………………………………** Nazwa Podmiotu przyjmującego na staż, nazwa komórki organizacyjnej - miejsce odbywania stażu Name of the entity accepting the internship, name of the organizational unit - place of internship | | | **………………………**  Numer umowy stażowej  Internship contract number |
| ……………………………………………………………………………Imię i nazwisko osoby odbywającej staż Name and surname of the person doing the internship | | | |
| **DZIEŃ MIESIĄCA**  **DAY OF THE MONTH** | **PODPIS STAŻYSTY INTERN'S SIGNATURE** |  | |
| **01** |  | Stażysta nabywa prawo do 2 dni wolnych sukcesywnie po upływie kolejnych 30 dni kalendarzowych odbywania stażu.  The trainee acquires the right to 2 days off successively after 30 consecutive calendar days of the internship.  W okresie pierwszych 30 dni odbywania stażu dni wolne nie przysługują.  Za ostatni miesiąc odbywania stażu Podmiot przyjmujący na staż jest zobowiązany udzielić dni wolnych przed upływem terminu zakończenia stażu.  During the first 30 days of the internship, there are no days off.  For the last month of the internship, the entity accepting the internship is obliged to grant days off before the internship ends.  **…………………………………………………**  Czytelny podpis Opiekuna stażu  Legible signature of the internship supervisor | |
| **02** |  |
| **03** |  |
| **04** |  |
| **05** |  |
| **06** |  |
| **07** |  |
| **08** |  |
| **09** |  |
| **10** |  |
| **11** |  |
| **12** |  |
| **13** |  |
| **14** |  |
| **15** |  |
| **16** |  |
| **17** |  |
| **18** |  |
| **19** |  |
| **20** |  |
| **21** |  |
| **22** |  |
| **23** |  |
| **24** |  |
| **25** |  |
| **26** |  |
| **27** |  |
| **28** |  |
| **29** |  |
| **30** |  |
| **31** |  |
| **LICZBA WYKORZYSTANYCH DNI WOLNYCH W DANYM MIESIĄCU**  **NUMBER OF DAYS OFF USED IN A GIVEN MONTH** ……… | | | |
| **CH –** CHOROBA/SICK LEAVE **U** – URLOP/VACATION **NN** – NIEOBECNOŚĆ NIEUSPRAWIEDLIWIONA/ UNNEXUISITED ABSENCE  **Lista obecności powinna być dostarczona do Organizatora Stażu w terminie 5 dni kalendarzowych od dnia zakończenia miesiąca/ The attendance list should be delivered to the Internship Organizer within 5 calendar days from the end of the month** | | | |