**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**

**Lista obecności**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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** za miesiąc: **…………………………………………………** | | | |
| **……………………………………………………………………………………** Nazwa Podmiotu przyjmującego na staż, nazwa komórki organizacyjnej - miejsce odbywania stażu | | | **………………………**  Numer umowy stażowej |
| ……………………………………………………………………………Imię i nazwisko osoby odbywającej staż | | | |
| **DZIEŃ MIESIĄCA** | **PODPIS STAŻYSTY** |  | |
| **01** |  | Stażysta nabywa prawo do 2 dni wolnych sukcesywnie po upływie kolejnych 30 dni kalendarzowych odbywania stażu.  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.  **…………………………………………………**  Czytelny podpis Opiekuna stażu | |
| **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** ……… | | | |
| **CH -** CHOROBA **U** – URLOP **NN** – NIEOBECNOŚĆ NIEUSPRAWIEDLIWIONA  **Lista obecności powinna być dostarczona do Organizatora Stażu w terminie 5 dni kalendarzowych od dnia zakończenia miesiąca/** | | | |