**LISTA OBECNOŚCI**

**…………………………..……………………………..………………………..…………………….**

**(nazwa pracodawcy)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **październik****2014 r.** | godziny | **……………………………….……………………………****(imię i nazwisko stażysty/ki)** |
| od | do |
| 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 |  |  |  |
| Razem dni | C | **Cs** | **K** | **M** | **P** | **S** | **O** | **R** | **U** | **N** | **W** |

C-leczenie domowe, Cs-leczenie szpitalne, K-opieka kwarantanny, M-macierzyński, P-prace społeczne, S-szkolenia, O-sprawy osobiste, R-prace rolne,
U-inne usprawiedliwione, N-nieusprawiedliwione, W-urlop wypoczynkowy

..............................................................................................

data, podpis, pieczęć kierownika jednostki organizacyjnej