Załącznik nr 5 do Umowy o staż uczniowski

## Lista obecności na stażu uczniowskim

**„Profesjonalny Mikołowski - Program Staży Uczniowskich**

**w Powiecie Mikołowskim na lata 2024 – 2029”**

|  |
| --- |
| Nazwisko i imię: **– stażysta / stażystka** |
| Dobowy godzinowy wymiar stażu: od 6h do 8h |
| Tygodniowy godzinowy wymiar stażu: od 35h do 40h |
| Łączny godzinowy wymiar stażu: **140 h** |
| **data** | **Godzina rozpoczęcia pracy** | **Godzina zakończenia pracy** | Rzeczywisty czas | **Podpis stażysty/stażystki** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Suma godzin** |  |  | **140** |  |

 ………....................................................

*podpis opiekuna stażu*

**!!!** **w ostatnim dniu każdego miesiąca i na koniec realizacji stażu uczniowskiego** kopię lub oryginały podpisanych przez podmiot przyjmujący na staż uczniowski list obecności stażysty/ki lub wydruki z systemu elektronicznego potwierdzające obecności stażysty/ki na stażu uczniowskim u pracodawcy podpisane przez podmiot przyjmujący na staż uczniowski, zawierające informację nt. liczby godzin stażu w każdym dniu odbywania stażu **należy przekazać specjaliście ds. rekrutacji w szkole**.