

**Miejsko - Gminny**

**Ośrodek Pomocy Społecznej**

**w Nowej Sarzynie**

Załącznik nr 2

**Lista obecności**

**uczestnika projektu na staż**

organizowanym w ramach projektu „Aktywni pomimo ...”

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko stażysty** |  |
| **Nazwa pracodawcy** |  |
| **Nazwa komórki Organizacyjnej** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LISTA OBECNOŚCI** | | | |
| **za miesiąc** |  | **rok** |  |
| **Dzień** | **Czytelny podpis** | **Dzień** | **Czytelny podpis** |
| 1 |  | 17 |  |
| 2 |  | 18 |  |
| 3 |  | 19 |  |
| 4 |  | 20 |  |
| 5 |  | 21 |  |
| 6 |  | 22 |  |
| 7 |  | 23 |  |
| 8 |  | 24 |  |
| 9 |  | 25 |  |
| 10 |  | 26 |  |
| 11 |  | 27 |  |
| 12 |  | 28 |  |
| 13 |  | 29 |  |
| 14 |  | 30 |  |
| 15 |  | 31 |  |
| 16 |  | *Podpis i pieczęć* | |
| **Potwierdzenie obecności przez Pracodawcę** | |
| Listę obecności należy dostarczyć do MGOPS w terminie do **5-go dnia** kalendarzowego następnego miesiąca | | | |