

.....  
Pieczęć jednostki szkolącej

LISTA OBECNOŚCI OSOBY BEZROBOTNEJ NA SZKOLENIU W RAMACH  
PROJEKTU „SZANSA DLA CIEBIE” 6.1.3 PO KL  
ZA MIESIĄC.....

Wypełnia jednostka szkoląca

Nazwa szkolenia.....

Imię i nazwisko uczestnika szkolenia.....

Termin szkolenia (od – do) .....Łącznie dni szkolenia (całość).....

Liczba godzin zegarowych szkolenia w danym miesiącu .....

Oznaczenia w tabeli wpisane przez jednostkę szkolącą:

„–” (pozioma kreska) – w danym dniu wypada sobota, niedziela lub święto; „W” – w danym dniu roboczym nie ma zajęć

„CH” – nieobecność spowodowana zwolnieniem lekarskim (potwierdzona drukiem ZUS ZLA); „NN” – pozostałe nieobecności

Miesiąc	GODZINY ODBYWANIA ZAJĘĆ (OD – DO)	LICZBA GODZIN ZEGAROWYCH	PODPIS UCZESTNIKA SZKOLENIA	Miesiąc	GODZINY ODBYWANIA ZAJĘĆ (OD – DO)	LICZBA GODZIN ZEGAROWYCH	PODPIS UCZESTNIKA SZKOLENIA
1	-			16	-		
2	-			17	-		
3	-			18	-		
4	-			19	-		
5	-			20	-		
6	-			21	-		
7	-			22	-		
8	-			23	-		
9	-			24	-		
10	-			25	-		
11	-			26	-		
12	-			27	-		
13	-			28	-		
14	-			29	-		
15	-			30	-		

Zatwierdzam .....

(data i podpis osoby z jednostki szkolącej)