

**MIESIĘCZNA KARTA STAŻU\***

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

 pieczątka pracodawcy za miesiąc liczba dni stażowych

**Pan/Pani** ..................................................................data urodzenia ...........................................

Nr umowy z pracodawcą ..................................................... z dnia ............................................. 1.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DZIEŃ M-CA | PODPIS BEZROBOTNEGO | PODPIS PRACODAWCY |
| 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 |  |  |

 LEGENDA: Ch – chorobowe ( w załączniku zaświadczenie)

 W – wolne (w załączniku wniosek osoby bezrobotnej o udzielenie dnia wolnego z potwierdzeniem pracodawcy )

 N – nieobecność nieusprawiedliwiona

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

(data przekazania karty do Powiatowego Urzędu Pracy ( podpis i imienna pieczątka pracownika Powiatowego

w Inowrocławiu, podpis i pieczęć pracodawcy) Urzędu Pracy w Inowrocławiu przyjmującego kartę)

 \*\*

2. Stypendium przysługuje za okres od dnia ................................ do dnia ......................................

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

 (podpis i pieczątka pracownika Powiatowego Urzędu Pracy)

3. W przypadku niezdolności bezrobotnego (ej) do pracy, spowodowanej chorobą do karty należy dołączyć zwolnienie lekarskie na druku ZUS ZLA.

 \*\*

4.Niezdolność bezrobotnego do pracy od dnia ................................. do dnia ......................................

 *........................................................................................................*

 ( podpis i pieczątka pracownika Powiatowego Urzędu Pracy)

*\* Miesięczna karta stażu winna być dostarczona do Powiatowego Urzędu Pracy w Inowrocławiu do 5 dnia kalendarzowego po upływie poprzedniego miesiąca.*

*\*\* Wypełnia pracownik Powiatowego Urzędu Pracy.*