

.....  
pieczętka organizatora stażu

## MIESIĘCZNA KARTA STAŻU

.....  
ZA MIESIĄC

Imię i nazwisko stażysty .....

Dzień miesiąca	PODPIS BEZROBOTNEGO	WYPEŁNIA POWIATOWY URZĄD PRACY	
1		Nr umowy z pracodawcą .....	
2			
3			
4			
5			Umowa trwa od ..... do .....
6			
7		Pouczenie:  1. Kartę należy wypełniać na bieżąco i przechowywać ją w zakładzie pracy. 2. W przypadku niezdolności do pracy, spowodowanej chorobą należy zawiadomić PUP w terminie 2 dni od dnia wystawienia zaświadczenia lekarskiego na druku ZUS ZLA oraz dostarczyć to zaświadczenie do PUP w terminie 7 dni od dnia jego wystawienia. 3. Kartę należy wypełniać w sposób czytelny, umożliwiający rozróżnienie dni pracujących, dni wolnych od pracy, należnych dni wolnych ("urlopu"), dni przebywania na zwolnieniu lekarskim. 4. Uzupełnioną kartę należy dostarczyć do PUP w terminie 5 dni po zakończeniu każdego miesiąca. 5. Wypłata należnego stypendium za dany miesiąc nastąpi w terminie nie późniejszym niż w ciągu 14 dni kolejnego miesiąca (po dostarczeniu do PUP uzupełnionej karty stażu) przelewem na wskazane konto lub do odbioru w kasie Banku Spółdzielczego, Plac Wolności 21, 89-400 Sępólno Krajeńskie w wyznaczonych przez PUP terminach. 6. Zmianę numeru konta należy zgłosić do PUP niezwłocznie.	
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			

.....  
(podpis organizatora stażu)

.....  
(podpis pracownika PUP przyjmującego kartę)