



Załącznik nr 5 do Regulaminu uczestnictwa w projekcie i udziału w płatnych stażach zawodowych

LISTA OBECNOŚCI NA STAŻU NR

IMIĘ I NAZWISKO STAŻYSTY/KI:			
DZIEŃ	DATA	ODRĘCZNY PODPIS STAŻYSTY/KI	LICZBA GODZIN ¹
PN			
WT			
ŚR			
CZW			
PT			
SOB			
ND			
Łączna liczba godzin w tygodniu (minimum 20 godzin):			
PN			
WT			
ŚR			
CZW			
PT			
SOB			
ND			
Łączna liczba godzin w tygodniu (minimum 20 godzin):			
PN			
WT			
ŚR			
CZW			
PT			
SOB			
ND			
Łączna liczba godzin w tygodniu (minimum 20 godzin):			
PN			
WT			
ŚR			
CZW			
PT			
SOB			
ND			
Łączna liczba godzin w tygodniu (minimum 20 godzin):			
Łączna liczba godzin w tygodniu (minimum 20 godzin):			
RAZEM SUMA GODZIN (120 LUB 200):			

.....
DATA I PODPIS OPIEKUNA STAŻU

.....
PIECZĘĆ FIRMOWA PRACODAWCY

