KARTA CZASU ODBYWANIA STAŻU/PRAKTYKI[1]

Imię i nazwisko uczestnika stażu/praktyki……

Nazwa zawodu/stanowisko…….

Nazwa Przedsiębiorcy……

Numer umowy w sprawie realizacji stażu/praktyki……

Wymiar czasu stażu/praktyki – 150 godzin

Imię i nazwisko Opiekuna uczestnika stażu/praktyki ……

Data	**Miejsce odbywania stażu/praktyce**	**Liczba zrealizowanych godzin stażu/praktyki w danym dniu**	**Potwierdzenie obecności na stażu/praktyce** Podpis uczestnika stażu/praktyki	**Potwierdzenie obecności na stażu/praktyce** Podpis Opiekuna stażu/praktyki

[1] Podkreśl właściwą formę wsparcia

Data	Miejsce odbywania stażu/praktyce	Liczba zrealizowanych godzin stażu/praktyki w danym dniu	**Potwierdzenie obecności na stażu/praktyce** Podpis uczestnika stażu/praktyki	**Potwierdzenie obecności na stażu/praktyce** Podpis Opiekuna stażu/praktyki

Całkowita liczba zrealizowanych godzin stażu/praktyki	Podpis uczestnika stażu/praktyki	Podpis Opiekuna stażu/praktyki