

# KARTA CZASU ODBYWANIA STAŻU/PRAKTYKI<sup>1</sup>

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 .....

L.p.	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

<sup>1</sup> Podkreśl właściwą formę wsparcia



L.p.	Data	Miejsce odbywania stażu/praktyki	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

.....  
pieczętka i podpis zakładu pracy