**MIESIĘCZNA LISTA OBECNOŚCI NA STAŻU UCZNIOWSKIM**

w ramach projektu ,,Kompleksowy program rozwoju kształcenia zawodowego w Powiecie Ostrowskim’’ (FEWP.06.08-IZ.00-0018/24)

Miesiąc odbywania stażu: ………………………….

Imię i nazwisko stażysty: ……………………………………………………

Nazwa podmiotu przyjmującego na staż: ……………………………………………………

Imię i nazwisko opiekuna stażysty: ……………………………………………………

Łączny godzinowy wymiar stażu: **150 h**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Data  Dz/m/rok | Godzina  rozpoczęcia pracy | Godzina  zakończenia pracy | Liczba godzin stażu | Podpis stażysty |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Łączna liczba zrealizowanych godzin: ……………………………………

Zatwierdzenie realizacji stażu ze strony Podmiotu przyjmującego na staż:

……………………………………………………………………………….

*Podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionych do reprezentacji Podmiotu przyjmującego na staż*

Zatwierdzenie realizacji stażu ze strony Szkoły

……………………………………………………………………………….

*Podpis Koordynatora szkolnego*