



M o d e r n i z a c j a k s z t a ł c e n i a z a w o d o w e g o w M a ł o p o l s k e

1. Imię i nazwisko Stażysty (uczestnika stażu-praktyki):

.....

2. Nazwa zawodu

3. Stanowisko

4. Wymiar czasu stażu - praktyki (liczba godzin): **150 godzin**

5. Termin stażu- praktyki: **od 13.07.2015r. do 31.08.2015r.**

6. Imię i nazwisko Opiekuna stażu- praktyki:

.....

7. **Grafik**

Data								
Czas pracy								
Data								
Czas pracy								
Data								
Czas pracy								

.....
czytelny podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Przedsiębiorcy /
Podmiotu realizującego staż - praktykę

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

