

Załącznik Nr 4 do Załącznika Nr 1

LISTA OBECNOŚCI NA PRAKTYCE ZAWODOWEJ/STAŻU ZAWODOWYM*

Imię i nazwisko praktykanta/stażysty*

.....
Nazwa podmiotu przyjmującego na praktykę/staż*

.....
Imię i nazwisko opiekuna praktykanta/stażysty*

L.P.	Data	Liczba zrealizowanych godzin	Podpis praktykanta/stażysty*
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



URZĄD MARSZAŁKOWSKI
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Łączna liczba zrealizowanych godzin:

.....
Podpis opiekuna praktyki/stażu

* niepotrzebne skreślić