

SPRAWOZDANIE STAŻYSTY/ STAŻYSTKI

Termin odbywania stażu	
Imię i nazwisko Stażysty/ Stażystki	
Nazwa stanowiska pracy	

Lp.	Zakres wykonywanych zadań / czynności zawodowych
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

Lp.	Uzyskane kwalifikacje / umiejętności zawodowe
1.	
2.	
3.	
4.	

.....
podpis Stażysty/ Stażystki

.....
podpis i pieczęć Pracodawcy



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt „Wracam do pracy!” współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
Biuro projektu „Wracam do pracy!” ul. Przechodnia 4, 20-003 Lublin, tel. 81 536-10-84, email: wracam.lublin@irp-fundacja.pl, www.irp-fundacja.pl/wracamlublin