

# DZIENNIK STAŻU

## w ramach projektu

„Aktywizacja społeczno – zawodowa mieszkańców powiatu lęborskiego”

do umowy o staż nr .....

w zawodzie lub specjalności:

.....

Imię i nazwisko Stażysty: .....

Przyjmujący na Staż: .....  
nazwa i adres

Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do kontaktów ze Stażystą i Organizatorem  
stażu: .....

Imię i nazwisko Opiekuna stażu: .....

Data rozpoczęcia stażu: .....

Data zakończenia stażu: .....

Miejsce odbywania stażu: .....

### HARMONOGRAM STAŻU

Imię i nazwisko stażysty: .....

Miejsce stażu: .....

Staż w zawodzie lub specjalności: .....

Lp.	Termin (dokładna data)	Planowane czynności	Liczba godzin
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.			
31.			

.....  
(Pieczęć i podpis Przyjmującego na staż)

.....  
(Podpis Opiekuna stażu )

**Akceptacja Organizatora stażu:**

.....

## LISTA OBECNOŚCI ZA MIESIĄC .....

Imię i nazwisko Stażysty(-ki) .....  
(czytelne)

Dzień miesiąca	Liczba godzin	Podpis Stażysty (-ki)
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.		
31.		

<b>CH</b> - Choroba Stażysty – L4	<b>DW</b> - Dzień wolny przysługujący po 30 dniach kalendarzowych odbywania stażu	<b>NN</b> - Nieobecność nieusprawiedliwiona	<b>OP</b> - Opieka nad chorym dzieckiem lub innym członkiem rodziny – L4
-----------------------------------	---	---	--

.....  
Podpis osoby Opiekuna stażu