Załącznik nr 7

**Lista obecności**

**na stażu/praktyce realizowanym/-ej w ramach projektu „Od stażysty do specjalisty. Nowa jakość kształcenia we wrocławskich szkołach prowadzących kształcenie zawodowe“**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa firmy:** | | | |
| **Adres miejsca realizacji stażu/praktyki:** | | | |
| **Imię i nazwisko stażysty/praktykanta:** | | | |
| **Data** | **Godziny realizacji stażu (od-do)** | **Liczba godzin** | **Podpis stażysty/praktykanta** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Listę zatwierdził opiekun stażysty/praktykanta:\***

.....................................................................................................................

(czytelny podpis opiekuna stażysty/praktykanta)

\* Listę obecności może zatwierdzić jedynie osoba wskazana w umowie o realizację stażu/praktyki jako opiekun stażysty/praktykanta