**Załącznik nr 4 do Regulaminu: Harmonogram**

DOKUMENT NALEŻY WYPEŁNIĆ KOMPUTEROWO!

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko Stażysty |  |
| Kierunek/Wydział |  |
| Nr kontaktowy do Stażysty |  |
| Nazwa Zakładu pracy |  |
| Imię i nazwisko Opiekuna stażysty po stronie pracodawcy |  |
| Nr kontaktowy do Opiekuna stażu |  |
| Okres realizacji stażu |  |

|  |  |
| --- | --- |
| HARMONOGRAM W MIESIĄCU |  |
| L.P. | Data (DD-MM-RRRR) | Godziny (GG:MM – GG:MM) | Liczba godzin |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| …. |  |  |  |
| Suma godzin w miesiącu |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  HARMONOGRAM W MIESIĄCU |  |
| L.P. | Data (DD-MM-RRRR) | Godziny (GG:MM – GG:MM) | Liczba godzin |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| …. |  |  |  |
| Suma godzin w miesiącu |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  HARMONOGRAM W MIESIĄCU |  |
| L.P. | Data (DD-MM-RRRR) | Godziny (GG:MM – GG:MM) | Liczba godzin |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| …. |  |  |  |
| Suma godzin w miesiącu |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Podpis Opiekuna stażu po stronie pracodawcy |  |