DZIENNICZEK
STAŻU UCZNIOWSKIEGO

……..
……..
---
nazwa i adres Pracodawcy

……..
---
imię i nazwisko Uczestnika stażu

……..
---
stanowisko pracy

……..
---
imię i nazwisko Opiekuna stażu

Projekt „Lubuskie Szkolnictwo Zawodowe dla Nowoczesnego Rynku Pracy - edycja II" realizowany w ramach Priorytetu 6 „Fundusze Europejskie na wsparcie obywateli"; Działania nr FELB.06.05 „Kształcenie zawodowe", Programu Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

Potwierdzam, że

---

imię i nazwisko uczestnika stażu

odbył instruktaż i zapoznał się z przepisami oraz zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy dotyczącymi wykonywanych prac przed rozpoczęciem stażu uczniowskiego.

.....

czytelny podpis Pracodawcy

Potwierdzam, że

---

imię i nazwisko Uczestnika stażu

posiada zaświadczenie lekarskie o braku przeciwskazań do odbywania stażu uczniowskiego.

.....

czytelny podpis Pracodawcy

Harmonogram

Data (dzień, miesiąc, rok)	Godziny pracy (od-do)	Liczba godzin	Uwagi

Projekt „Lubuskie Szkolnictwo Zawodowe dla Nowoczesnego Rynku Pracy - edycja II" realizowany w ramach Priorytetu 6 „Fundusze Europejskie na wsparcie obywateli"; Działania nr FELB.06.05 „Kształcenie zawodowe", Programu Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

Lista obecności: …….

(imię i nazwisko ucznia).

Lp.	Data (dzień, miesiąc, rok)	Liczba godzin	Podpis Uczestnika stażu	Podpis Pracodawcy
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
Razem liczba godzin		**140**		

Projekt „Lubuskie Szkolnictwo Zawodowe dla Nowoczesnego Rynku Pracy - edycja II" realizowany w ramach Priorytetu 6 „Fundusze Europejskie na wsparcie obywateli"; Działania nr FELB.06.05 „Kształcenie zawodowe", Programu Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

Realizacja programu stażu uczniowskiego

Data	Rodzaj realizowanych zadań	Nabyte umiejętności i kompetencje w ramach kwalifikacji wyodrębnionej w zawodzie

Potwierdzam prawidłowy przebieg oraz dokumentowanie stażu. *(Wypełnia Organizator stażu)*	
data	pieczęć Organizatora stażu
imię i nazwisko Opiekuna merytorycznego ds. staży	
podpis	

Potwierdzam odbiór zaświadczenia o odbyciu stażu uczniowskiego *(Wypełnia Uczestnik stażu)*	
data	
imię i nazwisko Uczestnika stażu	
podpis Uczestnika stażu	