

## DZIENNIK STAŻU

Imię i nazwisko Stażysty/-tki: .....

uczeń Technikum w Karlinie

ul. Księdza Brzóska 6

78-230 Karlino

Miejsce stażu: .....

.....

.....  
*pieczętka lub pełna nazwa i adres zakładu pracy*

.....

*imię i nazwisko opiekuna /ki stażysty*

Termin stażu: ..... – .....

**Staż zawodowy będzie realizowany zgodnie z Programem Stażu  
stanowiącym załącznik do Umowy nr .....**

Opis zadań wykonywanych przez Stażystę/-tkę

Data	Opis wykonanych czynności	Podpis Stażysty/-tki	Podpis opiekuna Stażysty/-tki




Data rozpoczęcia stażu .....

Data zakończenia stażu .....

Liczba godzin odbytego stażu: .....

Opis kompetencji uzyskanych przez Stażystę/-tkę w wyniku odbycia stażu zawodowego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ocena:.....

.....  
*Czytelny podpis opiekuna Stażysty/-stki*

Wypełniony DZIENNIK STAŻU ZAWODOWEGO złożono u ORGANIZATORA

.....  
*data*

.....  
*podpis osoby przyjmującej*

