**PROGRAM STAŻU**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko stażysty/ki: |  |
| PESEL: |  |
| Miejsce odbywania stażu: |  |
| Nazwa stanowiska pracy: |  |
| Okres stażu: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko opiekuna/ki stażu: |  |
| Telefon: |  |
| email: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| L.p. | Zakres zadań i obowiązków zawodowych wykonywanych przez stażystę **z zaznaczeniem tych uwzględniających efekty kształcenia z danego kierunku** : |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| L.p. | Rodzaj umiejętności zawodowych do uzyskania w trakcie odbywania stażu: |
|  |  |

Akceptacja Opiekuna Merytorycznego Kierunku

……………………………………………………….

……………………………….. ………………………………..

 Mentor stażu Stażysta