



Załącznik nr 3 do Porozumienia
w sprawie realizacji staży-praktyk

Harmonogram godzinowy odbywania stażu praktyki

Imię i nazwisko opiekuna stażysty:

Pracodawca, podmiot realizujący staż – praktykę:

.....

lp.	Data Nazwisko i imię stażysty			czas pracy opiekuna – ilość godzin
		czas pracy		czas pracy – ilość godzin	
		od	do		
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					



13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
RAZEM					

.....
Pracodawca/ Podmiot realizujący staż-praktykę