



Załącznik nr 3

do Regulaminu udziału w stażach zawodowych w Projekcie „Profesjonalny MEDYK - podniesienie jakości kształcenia zawodowego w WSKZiU Konin”

LISTA OBECNOŚCI

(Imię i nazwisko stażysty)

(Nazwa podmiotu przyjmującego)

(Imię i nazwisko opiekuna stażysty)

Lp.	Data	Liczba zrealizowanych godzin stażu	Podpis stażysty
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			



16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			

Łączna liczba zrealizowanych godzin:

Podpis opiekuna stażu