Załącznik nr 4
do Umowy Nr ……
o realizację staży/praktyk zawodowych

LISTA OBECNOŚCI

Imię i nazwisko Stażysty(-ki) Praktykanta(-ki) ……

Miejsce odbywania stażu/praktyk ……

Termin odbywania stażu/praktyk: od ……2018 r. do ……2018 r.

Data	Liczba godzin	Podpis Stażysty/Praktykanta

Ch – choroba	**NU** – Nieobecność usprawiedliwiona	**NN** – Nieobecność nieusprawiedliwiona

…….
Data i podpis Opiekuna Stażu/Praktyki

…….
Data i pieczęć Przyjmującego na staż/praktykę lub osoby uprawnionej do reprezentowania Przyjmującego na staż/praktykę