

Załącznik Nr 5
do Regulaminu organizacji staży w Ośrodku Pomocy Społecznej
Gminy Nowe Miasto Lubawskie z/s w Mszanowie w ramach projektów współfinansowanych
ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego

SPRAWOZDANIE Z PRZEBIEGU STAŻU U PRACODAWCY

1. Imię i nazwisko Uczestnika Projektu (Stażysty)

.....

2. Nazwa stanowiska pracy

.....

3. Nr i data skierowania

.....

3. Nr i data umowy z pracodawcą

.....

4. Zakres zadań/czynności na stanowisku:

| OKRES STAŻU U PRACODAWCY | | RODZAJ WYNKONYWANYCH ZAJĘĆ, CZYNNOŚCI |
|--------------------------|----|--|
| Od | Do | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

.....

Podpis opiekuna stażu

.....

podpis Uczestnika (Stażysty)

.....

podpis i pieczęć Pracodawcy

.....

*Data zwrotu sprawozdania do Ośrodka Pomocy
Społecznej Gminy Nowe Miasto Lubawskie z/s w Mszanowie*

.....

podpis osoby przyjmującej