**HARMONOGRAM STAŻU**

**Dotyczy umowy nr WM/IM/POWER/…………/2017**

Stażystka/Stażysta:

 (imię i nazwisko)

Przyjmujący na staż:

 (nazwa i adres Przyjmującego na staż)

Data rozpoczęcia stażu:

Data zakończenia stażu:

HARMONOGRAM STAŻU:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Miesiąc** | **Data (dd-mm-rrrr)** | **Godzina (00:00)** | **Ilość godzin** |
| LIPIEC |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| RAZEM W MIESIĄCU: LIPIEC | 120 godzin |
| SIERPIEŃ |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| RAZEM W MIESIĄCU: SIERPIEŃ | 120 godzin |
| WRZESIEŃ |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| RAZEM W MIESIĄCU: WRZESIEŃ | 120 godzin |
| **ILOŚĆ GODZIN 3 MIESIĘCZNEGO STAŻU** | **360 GODZIN** |

......................................................................

 (podpis Przyjmującego na staż/Opiekuna stażu)

 ................................................... ...................................................

 (podpis Stażystki/Stażysty) (podpis osoby reprezentującej PK)