|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DZIENNIK**  **PRAKTYKI ZAWODOWEJ ODBYWANEJ W ZAKŁADZIE PRACY**  **W RAMACH PROJEKTU**  **„Nowe kwalifikacje gwarancją zatrudnienia”**  Działanie: 11.2. Dostosowanie oferty kształcenia zawodowego do potrzeb lokalnego rynku pracy – kształcenie zawodowe uczniów  Poddziałanie: 11.2.1. Wsparcie szkolnictwa zawodowego – ZIT  GLIWICE |  | Załącznik Nr 3  Imię i nazwisko uczestnika/ki stażu: …................................................  Nazwa zawodu/stanowisko: …………...................................................  Nazwa Pracodawcy: ………...............................................................  Numer umowy w sprawie realizacji staży: …........................................  Liczba godzin stażu: ……………………………..................................  Imię i nazwisko Opiekuna stażu:………............................................…. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| INFORMACJA O ZAKŁADZIE PRACY | |  | Lp. | Potwierdzenie odbycia szkoleń z zakresu: bhp i ppoż., ochrony środowiska i innych wynikających z regulaminu pracy |
| ……………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………..  …………………………………………………………………….. | | 1 | Szkolenie bhp (ogólne i stanowiskowe) w dniu ………………………………..  Przeprowadzone przez …………………………………………………………  (imię, nazwisko, stanowisko służbowe) |
| 2 | Szkolenie bhp (ogólne i stanowiskowe) w dniu ………………………………..  Przeprowadzone przez …………………………………………………………  (imię, nazwisko, stanowisko służbowe) |
| 3 | Szkolenie bhp (ogólne i stanowiskowe) w dniu ………………………………..  Przeprowadzone przez …………………………………………………………  (imię, nazwisko, stanowisko służbowe) |
| 4 | Szkolenie bhp (ogólne i stanowiskowe) w dniu ………………………………..  Przeprowadzone przez …………………………………………………………  (imię, nazwisko, stanowisko służbowe) |
| 5 | Szkolenie bhp (ogólne i stanowiskowe) w dniu ………………………………..  Przeprowadzone przez …………………………………………………………  (imię, nazwisko, stanowisko służbowe) |
| Nazwa, adres, osobowość prawna, rodzaj działalności, certyfikaty, nagrody, uprawnienia itp. | Data i podpis opiekuna stażu  …………………………… | 6 | Szkolenie bhp (ogólne i stanowiskowe) w dniu ………………………………..  Przeprowadzone przez …………………………………………………………  (imię, nazwisko, stanowisko służbowe) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień** | **Data** | **Opis wykonywanych czynności w danym dniu stażu** | **Podpis Opiekuna stażu -** |  | **Dzień** | **Data** | **Opis wykonywanych czynności w danym dniu stażu** | **Podpis Opiekuna stażu -** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień** | **Data** | **Opis wykonywanych czynności w danym dniu stażu** | **Podpis Opiekuna stażu -** |  | **Dzień** | **Data** | **Opis wykonywanych czynności w danym dniu stażu** | **Podpis Opiekuna stażu -** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień** | **Data** | **Opis wykonywanych czynności w danym dniu stażu** | **Podpis Opiekuna stażu -** |  | **Dzień** | **Data** | **Opis wykonywanych czynności w danym dniu stażu** | **Podpis Opiekuna stażu -** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Opinia opiekuna stażu o rozwoju kompetencji zawodowych ucznia / uczennicy uczestniczących w stażu |  | PODSUMOWANIE ODBYTEGO STAŻU  (wypełnia koordynator/asystent koordynatora projektu) |
| …………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………… |  | Imię i nazwisko ucznia / uczennicy …………………………………..  Imię i nazwisko opiekuna stażu ………………………………………  Czas trwania stażu: od ……………..……. do ………………………  Ilość dni ……………………………………………………………..  Ilość godzin stażu ……………………………………………………  ……………………………………  (podpis dyrektora szkoły) |