# Załącznik nr 3 do Porozumienia Nr………….

# KARTA CZASU ODBYWANIA DODATKOWEGO STAŻU/PRAKTYKI

Imię i nazwisko uczestnika stażu/praktyki: ………………….………………………..……………..

Nazwa Przedsiębiorstwa: ………………………………………………………….

Numer porozumienia w sprawie realizacji dodatkowego stażu/praktyki ……………………………………………….…………

Wymiar czasu stażu (liczba godzin): ……………………………………………….…………

Imię i nazwisko opiekuna stażu/praktyki: ……………………………………………….…………

| **Dzień** | **Data** | **Miejsce odbywania stażu/praktyki** | **Liczba zrealizowanych godzin stażu/praktyki w danym dniu** | **Potwierdzenie obecności na stażu/praktyki**  Podpis uczestnika stażu | **Potwierdzenie obecności na stażu/praktyki**  Podpis Opiekuna uczestnika stażu |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |

……………………………… ………………………………….……….. ………………………………….……..

Data, podpis uczestnika stażu Data, podpis opiekuna stażu Data, podpis osoby upoważnionej

do reprezentacji Przedsiębiorstwa

# OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA STAŻU/PRAKTYKI O OTRZYMANIU ODZIEŻY, OBUWIA ROBOCZEGO I ŚRODKÓW OCHRONY INDYWIDUALNEJ ORAZ ŚRODKÓW HIGIENY OSOBISTEJ

Niniejszym potwierdzam: odbiór i korzystanie z otrzymanej odzieży, obuwia roboczego i środków ochrony indywidualnej, środków ochrony i środków higieny osobistej oraz udział w przeprowadzonym szkoleniu BHP.

……………………………………….. ………………………………………………………………..

Data, podpis uczestnika stażu/praktyki Data, pieczęć i podpis osoby upoważnionej

do reprezentacji Przedsiębiorstwa