**Zał. 2 do Reg. 1**

……………………

*(nazwa Uczelni)*

……………….

*(nazwa Instytutu)*

Kierunek studiów: *……………………….*

Stażysta ***……………………….*** Nr albumu.: *……………….* Rok akademicki: *201…/201…*

Miejsce stażu *(zakład):*

……………………………………………………………………………………………………………

Zakładowy opiekun staży: ……………………………………………….

Uczelniany opiekun staży: ……………………………………………….

**KARTA PRACY STAŻYSTY STUDIÓW DUALNYCH**

Okres rozliczeniowy semestralnego stażu wynosi 6 tygodni

Semestr rozliczeniowy stażu: 3 / 4 / 5 / 6 / 7: (β\* =.….)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Miejsce stażu | Data | Liczba godzin | **Podpis** zakładowego opiekuna staży |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **6-tygodniwy staż semestralny:** 30 dni  **Tydzień rozliczeniowy:**  5 dni  **Dzień rozliczeniowy:** 8 godz.  (zegarowych) | | Łącznie: | 240 godz. |  |

**Zweryfikowano i zaakceptowano do wypłaty stypendium**

………………… ……………………………………………..

*Data*  *(Czytelny podpis uczelnianego opiekuna staży)*

*\*) podkreślić właściwy semestr rozliczeniowy (β\* =.….)*