**PROGRAM STAŻU**

„*Interdyscyplinarny Program Stażowy Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi*”

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i Nazwisko Stażysty |  |
| Miejsce realizacji stażu |  |
| Imię i Nazwisko Opiekuna |  |
| Okres realizacji stażu |  |

**Zakres zadań wykonywanych przez Stażystę:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wymiar godzinowy stażu / miesiące** | **Zakres wykonywanych zadań** |
| 120 godzin / maksymalnie do 2 m-cy |  |

**Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji/umiejętności:**

**Student:**

**Sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji/umiejętności zawodowych:**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Opiekun osoby objętej Programem stażu:**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………………….

Stanowisko: ……………………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ………………………………………………... | ……………………………………………... | ……………………………………………….. |
| Podpis Opiekuna Stażu | Podpis Stażysty | Podpis Realizatora Projektu |