**Miejsko - Gminny**

**Ośrodek Pomocy Społecznej**

**w Nowej Sarzynie**

Załącznik nr 3

**Sprawozdanie miesięczne z przebiegu stażu**

do projektu konkursowego „Aktywni pomimo ...”

|  |
| --- |
| **I. Podstawowe informacje** |
| **1. Imię i nazwisko stażysty** |  |
| **2. Adres zamieszkania** |  |
| **3. Okres stażowy, którego dotyczy sprawozdanie** | **miesiąc** |  | **rok** |  |
| **4. Nazwa pracodawcy** |  |
| **5. Stanowisko zajmowane przez stażystę** |  |
| **6. Imię i nazwisko opiekuna stażysty** |  |
| **7. Stanowisko zajmowane przez opiekuna stażysty** |  |
| **II. Rodzaj zajęć / czynności zawodowych wykonywanych na stażu** |
| **Tydzień** | **Wykonywane zadania** |
| **1.** |  |
| **2.** |  |
| **3.** |  |
| **4.** |  |

…………………………… ………………………………..

(podpis osoby odbywającej staż) ( podpis osoby pełniącej funkcję opiekuna)