



lp	zakres wiedzy lub umiejętności zawodowych przewidzianych do opanowania

Imię i nazwisko opiekuna osoby objętej programem stażu:

.....

.....stanowisko:.....

Miejsce odbywania stażu.....

Czas pracy stażysty: od godz. .... do godz. ....

.....

/podpis i pieczęć Organizatora/

PUP/

.....

/podpis bezrobotnego/

.....

/podpis i pieczęć Dyrektora