

**ZAŚWIADCZENIE O ODBYCIU PRZEZ STYPENDYSTĘ STAŻU
W MIESIĄCU**

Nazwa Przedsiębiorcy i adres siedziby	
Imię i nazwisko Opiekuna stażu	
Imię i nazwisko Stypendysty	
Miejsce realizacji stażu	

1. Niniejszym potwierdzam, że Pan/Pani*.....:

1) odbył/a w okresie od do..... staż w wymiarze godzin
zgodnie z harmonogramem;

2) nie odbył/a w okresie od do stażu w wymiarze godzin
ze względu na.....
(należy podać przyczynę)

i w związku z tym staż odbędzie się w okresie od do
w wymiarze godzin.

2. Ocena sposobu realizacji zadań w okresie od..... do.....

.....
.....
.....
.....

Radom, dnia.....

.....
(podpis i pieczęć Przedsiębiorcy)

*niepotrzebne skreślić