Załącznik nr 2 do Umowy trójstronnej o praktyki zawodowe

**LISTA OBECNOŚCI** Studenta odbywającego praktykę za miesiąc: ……………………..

|  |
| --- |
| Pieczęć Organizatora Praktyki:  |
| **Imię i nazwisko Studenta** odbywającego praktykę: …………………………………………**Numer albumu**: ……………………… |
| **Imię i Nazwisko - Opiekuna** | Stanowisko | Telefon kontaktowy | Miejsce pracy |
|  |  |  |  |
| **Dzień miesiąca** | **Liczba godzin praktyki** | **Podpis Studenta - Praktykanta** | **Podpis Opiekuna/Organizatora Praktyki** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |
| 16 |  |  |  |
| 17 |  |  |  |
| 18 |  |  |  |
| 19 |  |  |  |
| 20 |  |  |  |
| 21 |  |  |  |
| 22 |  |  |  |
| 23 |  |  |  |
| 24 |  |  |  |
| 25 |  |  |  |
| 26 |  |  |  |
| 27 |  |  |  |
| 28 |  |  |  |
| 29 |  |  |  |
| 30 |  |  |  |
| 31 |  |  |  |