*Załącznik nr 21 do Regulaminu*

**DZIENNIK STAŻU**

realizowanego w ramach Projektu pt.: **„jUŚt transition – Potencjał Uniwersytetu Śląskiego podstawą Sprawiedliwej Transformacji regionu”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE STAŻYSTY/TKI I INSTYTUCJI PRZYJMUJĄCEJ** | | | | |
| IMIĘ I NAZWISKO STAŻYSTY/TKI |  | | | |
| MIEJSCE REALIZACJI STAŻU (nazwa i adres Instytucji przyjmującej) |  | | | |
| Imię i nazwisko Opiekuna stażu |  | | | |
| Okres za jaki składany jest dziennik stażu | Od: |  | Do: |  |

Informacja dla Stażysty/tki:

1. Dziennik Stażu należy wypełniać codziennie – ręcznie lub w formie elektronicznej.
2. Wpisy w dzienniku powinny być zwięzłe, ale opisujące jasno realizowane zadania.
3. W przypadku nieobecności na stażu spowodowaną chorobą należy to odnotować w dzienniku oraz załączyć zwolnienia lekarskie.
4. Po ukończeniu każdego miesiąca kalendarzowego stażu oryginał uzupełnionego i podpisanego dziennika stażu należy dostarczyć do Biura Projektu UŚ.

Informacje dla Opiekuna stażu:

1. Prosimy o dopilnowanie regularnego wypełniania dziennika.
2. Opiekun stażu kontroluje wpisy do dziennika co najmniej raz w tygodniu, a na koniec każdego miesiąca zatwierdza wpisy.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYKAZ WYKONANEJ PRACY WRAZ Z EWIDENCJĄ GODZIN** | | | |
|  | data | liczba godzin | Opis wykonanej pracy |
| Miesiąc …………… tydzień 1 |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Łączna liczba godzin w tygodniu 1** | | |  |
| Miesiąc …………… tydzień 2 |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Łączna liczba godzin w tygodniu 2** | | |  |
| Miesiąc …………… tydzień 3 |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Łączna liczba godzin w tygodniu 3** | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Miesiąc …………… tydzień 4 |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Łączna liczba godzin w tygodniu 4** | | |  |

**Uwagi Opiekuna stażu:**

**……………………………………………………………………**

**Uwagi Stażysty/ki:**

**…………………………………………………………………..**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ………………………………………….  *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* |  | ……………………………………………  *Podpis STAŻYSTY/TKI* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ………………………………………….  *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* |  | ……………………………………………  *Podpis Opiekuna Stażu* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ………………………………………….  *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *Pieczęć*  *Instytucji Przyjmującej* | ……………………………………………  *Podpis OSOBY UPRAWNIONEJ W INSTYTUCJI PRZYJMUJĄCEJ* |

**ZATWIERDZAM:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ………………………………………….  *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | ……………………………..  *PODPIS PRACOWNIKA BIURA KARIER* | ……………………………………………  *Podpis koordynatora projektu* |