**Załącznik nr 4**

**SPRAWOZDANIE MIESIĘCZNE Z REALIZACJI STAŻU**

**w ramach projektu „Program aktywnego włączenia“**

**za ................................ 2019**

(miesiąc)

**Imię i nazwisko Stażysty/Stażystki: .....................................................................**

|  |
| --- |
| **Zadania zrealizowane przez Stażystę/Stażystkę** |
|  |

Data, miejscowość: ...............................................

Czytelny podpis Stażysty/Stażystki: ......................................................

Czytelny podpis Opiekuna Stażysty/Stażystki: …………………………………………………....................

Sprawozdanie akceptuję: ………………………………………………………….. (podpis Dyrektora projektu)

Uwagi (np. jeżeli sprawozdanie nie zostało zaakceptowane): ........................................................