**Załącznik nr 6**

**Opinia końcowa Pracodawcy o uczestniku stażu** opiekuna stażysty z realizacji stażu w ramach projektu

„**Program aktywnego włączenia**”

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko Stażysty/Stażystki** |  |
| **Nazwa i adres instytucji,****w której zrealizowano staż****(lub pieczęć)** |  |
| **Okres realizacji stażu** |  |
| **Stanowisko lub zawód w ramach odbywanego stażu** |  |
| **Opis korzyści dla instytucji powstałych w wyniku zrealizowanego stażu** |
|  |
| **Opinia opiekuna nt. Stażysty oraz osiągniętych rezultatów stażu** |
|  |
| **Czy Stażysta oraz instytucja, w którym był realizowany staż planują dalszą współpracę?** **TAK (jeśli tak, to jaką?): ......................................................................................................................................................** **NIE** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Miejscowość, data** |  |
| **Czytelny podpis Opiekuna Stażysty** |  |