**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** |  |