



**Opinia końcowa opiekuna stażysty z realizacji stażu w ramach projektu
„Nowa jakość kształcenia zawodowego“**

| | |
|--|-------|
| Imię i nazwisko Stażysty/Stażystki | |
| Nazwa i adres instytucji, w której zrealizowano staż (lub pieczęć) | |
| Okres realizacji 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**