

Załącznik nr 4 do Regulaminu organizacji praktyk zawodowych i przyznawania wsparcia w postaci zatrudnienia subsydiowanego

Dokument potwierdzający realizację praktyki w projekcie „Łódź rewitalizuje, Łódź szkoli – zostań opiekunką medyczną” nr RPLD.08-02-02-10-0002/17-00 z zastosowaniem efektów uczenia się

.....
Nazwa programu

.....
Nazwa firmy, lokalizacja

.....
Imię i nazwisko uczestnika programu

I. Skrócony opis programu i główne założenia

.....
.....
.....
.....
.....

II. Czas trwania programu: od do

III. Obszar biznesowy/Dział/ Komórka organizacyjna, w której realizowano program

.....
.....

IV. Osiągnięte cele i zrealizowane treści edukacyjne

.....
.....
.....
.....
.....

V. Zadania realizowane w trakcie programu

.....
.....
.....
.....
.....

VI. Opinia opiekuna lub mentora (opcjonalnie)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Podpis koordynatora z działu HR

.....
Podpis opiekuna lub mentora

.....
Data, miejscowość