



Fundusze Europejskie
dla Wielkopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

Załącznik nr 4 do umowy z dnia

.....
(miejsowość i data)

OPINIA

Nazwisko i Imię osoby odbywającej staż:

Okres odbywania stażu: od do r.

Miejsce odbywania stażu:

W okresie stażu Pan/Pani zrealizował/ła program stażu tj. wykonał/ła następujące czynności:

Nabył/ła następujące umiejętności praktyczne:

Uwagi opiekuna stażu:

(podpis i pieczęć Organizatora)

Uwaga! Organizator ma obowiązek wydania opinii osobie bezrobotnej nie później niż w terminie 7 dni po zakończeniu stażu.