**RAPORT KOŃCOWY**

1. **DANE STAŻYSTY**

|  |  |
| --- | --- |
| IMIĘ (IMIONA) |  |
| NAZWISKO |  |

1. **INFORMACJE O STAŻU I UCZELNI PRZYJMUJĄCEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| OKRES REALIZACJI STAŻU |  |
| FORMA REALIZACJI STAŻU | 🗌 Stacjonarna 🗌 Zdalna |
| WYMIAR STAŻU | Liczba dni: ………………….  (minimum 7 dni, maksimum 14 dni)  Liczba godzin: ……………….  (minimum 20 h dydaktycznych tygodniowo) |
| NAZWA UCZELNI |  |
| KRAJ |  |
| IMIĘ I NAZWISKO ORAZ TYTUŁ ZAWODOWY /STOPIEŃ NAUKOWY OPIEKUNA STAŻU |  |
| STANOWISKO ZAJMOWANE PRZEZ OPIEKUNA STAŻU |  |
| E-MAIL OPIEKUNA STAŻU |  |

|  |
| --- |
| Zakres zadań wykonywanych przez Stażystę w trakcie Stażu dydaktycznego |
|  |

|  |
| --- |
| Kompetencje dydaktyczne podniesione podczas Stażu dydaktycznego |
|  |

………………………………… …………………………………

data i podpis Opiekuna Stażu data i podpis Stażysty

**Stanowisko Koordynatora Modułu:**

🗌 Akceptuję 🗌 Nie akceptuję

…………………………………….…………

data i podpis Koordynatora Modułu

**Stanowisko Kierownika Projektu:**

🗌 Akceptuję 🗌 Nie akceptuję

…………………………………….…………

data i podpis Kierownika Projektu