Załącznik nr 9

**LISTA OBECNOŚCI**

|  |  |
| --- | --- |
| Beneficjent: | **Akademia Ignatianum w Krakowie** |
| Tytuł projektu: | **Program wzmocnienia potencjału dydaktycznego Uczelni na rzecz rozwoju regionalnego** |
| Numer projektu: | **POWR.03.05.00-00-ZR10/18** |
| Stanowisko/funkcja w projekcie: | **stażysta** |
| Za okres: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dzień miesiąca | Imię i nazwisko | Podpis |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |
| 11 |  |  |
| 12 |  |  |
| 13 |  |  |
| 14 |  |  |
| 15 |  |  |
| 16 |  |  |
| 17 |  |  |
| 18 |  |  |
| 19 |  |  |
| 20 |  |  |
| 21 |  |  |
| 22 |  |  |
| 23 |  |  |
| 24 |  |  |
| 25 |  |  |
| 26 |  |  |
| 27 |  |  |
| 28 |  |  |
| 29 |  |  |
| 30 |  |  |
| 31 |  |  |

 ………………………………………..

 data i podpis opiekuna stażu