**Månadsrapport**

**Praktik**

Namn l Personnummer

Praktikplats

l År l Månad

**Även sjukfrånvaro ska rapporteras nedan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum | Avtalad och genomförd  tid, kl. fr.o.m. – t. o. m | Antal timmar | Anteckningar |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Summa timmar | Belopp att utbetala |

Praktikantens underskrift Praktikhandledarens underskrift Ansvarig arbetsledare KAA underskrift

Kommunalt Aktivitetsansvar Sockerbruksgatan 1

531 40 Lidköping