



**Projekt „Aktywizacja zawodowa osób bezrobotnych w powiecie białobrzeskim (I)”
współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach
Programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027, Oś priorytetowa VI,
Działanie 6.1**

Załącznik nr 1 do umowy nr.....z dnia.....
w sprawie odbywania stażu przez bezrobotnego(ych)

.....
pieczęćka firmowa Organizatora

PROGRAM STAŻU

**Nazwa zawodu lub specjalności, której program dotyczy, zgodnie z
Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014r. w
sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu
jej stosowania (Dz. U. z 2021, poz. 2285)**

.....

| Miejsce odbywania stażu | Zakres zadań wykonywanych przez osobę skierowaną do odbycia stażu |
|--------------------------------|--|
| | <p>Szkolenie bezrobotnego na zasadach przewidzianych dla pracowników w zakresie BHP i PPOŻ.</p> <p>Zapoznanie bezrobotnego z obowiązującymi u Organizatora stażu regulaminem pracy, ze stanowiskiem pracy, jego obowiązkami i uprawnieniami.</p> |
| | |
| | |
| | |

Strony zgodnie oświadczają, iż realizacja w/w Programu stażu, umożliwi bezrobotnym samodzielne wykonywanie pracy na danym stanowisku lub w zawodzie po zakończeniu stażu.

Zmiana Programu stażu może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej w postaci aneksu do umowy.

Rodzaj uzyskanych podczas odbywania stażu kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:

zdobycie kwalifikacji lub umiejętności na danym stanowisku lub w/w zawodzie potwierdzonych przez organizatora i opiekuna na sprawozdaniu.

Sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych: **wyदानie opinii po ukończonym stażu.**

Informacja na temat czasu pracy w ramach odbywanego stażu

| | |
|--|--|
| Liczba dni pracy w tygodniu | |
| Dni tygodnia w których organizowany jest staż | w dniach od.....do..... |
| Liczba godzin pracy dziennie (pełny wymiar czasu pracy obowiązujący na danym stanowisku pracy) | |
| Zmianowość | tak/nie godziny od..... do..... i od..... do..... |
| Realizacja stażu w niedzielę i święta, porze nocnej/system pracy zmianowej* | tak/nie* |

* niepotrzebne skreślić

Dane Opiekuna:

a) Imię i Nazwisko.....

b) Stanowisko.....

Akceptuję:

.....

(z up. Starosty Dyrektor PUP)

.....

(podpis i pieczęć Organizatora)

Czas pracy nie może przekraczać 8 godzin dziennie i 40 godzin tygodniowo, a dla bezrobotnego będącego osobą niepełnosprawną zaliczoną do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności 7 godzin dziennie i 35 tygodniowo.



**Projekt „Aktywizacja zawodowa osób bezrobotnych w powiecie białobrzeskim (I)”
współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach
Programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027, Oś priorytetowa VI,
Działanie 6.1**

Załącznik nr 1 do umowy nr.....z dnia.....
w sprawie odbywania stażu przez bezrobotnego(ych)

.....
pieczętka firmowa Organizatora

PROGRAM STAŻU

**Nazwa zawodu lub specjalności, której program dotyczy, zgodnie z
Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014r. w
sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu
jej stosowania (Dz. U. z 2021, poz. 2285)**

.....

| Miejsce odbywania stażu | Zakres zadań wykonywanych przez osobę skierowaną do odbycia stażu |
|--------------------------------|---|
| | Szkolenie bezrobotnego na zasadach przewidzianych dla pracowników w zakresie BHP i PPOŻ. Zapoznanie bezrobotnego z obowiązującymi u Organizatora stażu regulaminem pracy, ze stanowiskiem pracy, jego obowiązkami i uprawnieniami. |
| | |
| | |
| | |

Strony zgodnie oświadczają, iż realizacja w/w Programu stażu, umożliwi bezrobotnym samodzielne wykonywanie pracy na danym stanowisku lub w zawodzie po zakończeniu stażu.

Zmiana Programu stażu może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej w postaci aneksu do umowy.

Rodzaj uzyskanych podczas odbywania stażu kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:

zdobycie kwalifikacji lub umiejętności na danym stanowisku lub w/w zawodzie potwierdzonych przez organizatora i opiekuna na sprawozdaniu.

Sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych: **wyदानie opinii po ukończonym stażu.**

Informacja na temat czasu pracy w ramach odbywanego stażu

| | |
|--|--|
| Liczba dni pracy w tygodniu | |
| Dni tygodnia w których organizowany jest staż | w dniach od.....do..... |
| Liczba godzin pracy dziennie (pełny wymiar czasu pracy obowiązujący na danym stanowisku pracy) | |
| Zmianowość | tak/nie godziny od..... do..... i od..... do..... |
| Realizacja stażu w niedzielę i święta, porze nocnej/system pracy zmianowej* | tak/nie* |

* niepotrzebne skreślić

Dane Opiekuna:

a) Imię i Nazwisko.....

b) Stanowisko.....

Akceptuję:

.....

(z up. Starosty Dyrektor PUP)

.....

(podpis i pieczęć Organizatora)

Czas pracy nie może przekraczać 8 godzin dziennie i 40 godzin tygodniowo, a dla bezrobotnego będącego osobą niepełnosprawną zaliczoną do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności 7 godzin dziennie i 35 tygodniowo.