

**Projekt „Aktywizacja zawodowa osób bezrobotnych w powiecie białobrzeskim (II)”  
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 2024, poz. 1372)**

.....

<b>Miejsce odbywania stażu</b>	<b>Zakres zadań wykonywanych przez osobę skierowaną do odbycia stażu</b>
	Szkolenie bezrobotnego na zasadach przewidzianych dla pracowników w zakresie BHP i PPOŻ. Zapoznanie bezrobotnego z obowiązującymi u Organizatora stażu regulaminem pracy, jeżeli dotyczy. Zapoznanie bezrobotnego 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: **wydanie 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..... Realizacja stażu w niedzielę i święta, porze nocnej/system pracy zmianowej*	godziny od..... do..... i od..... do..... 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 (II)”  
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)

.....  
pieczęć 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 2024, poz. 1372)**

<b>Miejsce odbywania stażu</b>	<b>Zakres zadań wykonywanych przez osobę skierowaną do odbycia stażu</b>
	Szkolenie bezrobotnego na zasadach przewidzianych dla pracowników w zakresie BHP i PPOŻ. Zapoznanie bezrobotnego z obowiązującymi u Organizatora stażu regulaminem pracy, jeżeli dotyczy. Zapoznanie bezrobotnego 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: **wydanie 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..... Realizacja stażu w niedzielę i święta, porze nocnej/system pracy zmianowej*	godziny od..... do..... i od..... do..... 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.

