

**Projekt ,,Aktywizacja zawodowa osób bezrobotnych w powiecie białobrzeskim (Il)” 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)

**PIĘCZĄTKA ORGANIZATORA**

…………………………………….

pieczątka 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)

**……………………..…TECHNIK PRAC BIUROWYCH …………………………………**

|  |  |
| --- | --- |
| **Miejsce odbywania stażu** | **Zakres zadań wykonywanych przez osobę skierowaną do odbycia stażu** |
| **DOKŁADNY ADRES FIRMY** | 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. |
| **ZADANIA, CZYNNOŚCI WYKONYWANE** |
| **PODCZAS ODBYWANIA STAŻU** |
|  |

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 | .....**5**......  w dniach od....**PONIEDZIAŁEK**......do...**PIĄTEK**...... |
| Liczba godzin pracy dziennie (pełny wymiar czasu pracy obowiązujący na danym stanowisku pracy) | …**8**…. |
| Zmianowość...........**1**...............  Realizacja stażu w niedzielę i święta, porze nocnej/system pracy zmianowej\* | godziny od...**8:00**... do..**16:00**.. i od....... do.........  tak/**nie\*** |

\* niepotrzebne skreślić

Dane Opiekuna:

a) Imię i Nazwisko..............**STANISŁAW KOWALSKI**...........................................................

b) Stanowisko........................**WŁAŚCICIEL**..........................................................

Akceptuję:

**PODPIS + PIECZĄTKA ORGANIZATORA**

..................................................... ......................................................

(z up. Starosty Dyrektor PUP) (podpis i pieczątka 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)

**PIECZĄTKA ORGANIZATORA**

…………………………………….

pieczątka 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)

**……………………..…TECHNIK PRAC BIUROWYCH………….………………………………**

|  |  |
| --- | --- |
| **Miejsce odbywania stażu** | **Zakres zadań wykonywanych przez osobę skierowaną do odbycia stażu** |
| **DOKŁADNY ADRES FIRMY** | 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. |
| **ZADANIA, CZYNNOŚCI WYKONYWANE** |
| **PODCZAS ODBYWANIA STAŻU** |
|  |

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 | .....**5**......  w dniach od.....**PONIEDZIAŁEK**......do…**PIĄTEK**. |
| Liczba godzin pracy dziennie (pełny wymiar czasu pracy obowiązujący na danym stanowisku pracy) | **8**…. |
| Zmianowość...........**1**.................  Realizacja stażu w niedzielę i święta, porze nocnej/system pracy zmianowej\* | godziny od.**8:00**.... do..**16:00**.. i od....... do.........  tak/**nie\*** |

\* niepotrzebne skreślić

Dane Opiekuna:

a) Imię i Nazwisko......**STANISŁAW KOWALSKI**..................................................................

b) Stanowisko.............**WŁAŚCICIEL**…………………….......................................................

Akceptuję:

**PODPIS + PIECZĄTKA ORGANIZATORA**

..................................................... ......................................................

(z up. Starosty Dyrektor PUP) (podpis i pieczątka 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.