

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. 2018, poz. 227)

| Miejsce odbywania stażu | Zakres zadań wykonywanych przez osobę skierowaną do odbycia stażu                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                         | Szkolenie bezrobotnego na zasadach przewidzianych dla pracowników w zakresie BHP i PPOŻ.<br>Zapoznanie bezrobotnego z obowiązującymi u Organizatora stażu regulaminem pracy, jeżeli dotyczy.<br>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                                                                    | ..... w dniach od.....do.....             |
| Liczba godzin pracy dziennie (pełny wymiar czasu pracy obowiązujący na danym stanowisku pracy) | .....                                     |
| Zmianowość.....                                                                                | 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 pieczętka 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.

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. 2018, poz. 227)

| Miejsce odbywania stażu | Zakres zadań wykonywanych przez osobę skierowaną do odbycia stażu                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                         | Szkolenie bezrobotnego na zasadach przewidzianych dla pracowników w zakresie BHP i PPOŻ.<br>Zapoznanie bezrobotnego z obowiązującymi u Organizatora stażu regulaminem pracy, jeżeli dotyczy.<br>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                                                                    | ..... w dniach od.....do.....             |
| Liczba godzin pracy dziennie (pełny wymiar czasu pracy obowiązujący na danym stanowisku pracy) | .....                                     |
| Zmianowość.....                                                                                | godziny od..... do..... i od..... do..... |
| Realizacja stażu w niedziele 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 pieczętka 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.