



**Aktywizacja osób w wieku 30 lat i więcej pozostających bez pracy w powiecie białobrzeskim (III)
RPO WM Działanie 8.1**

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. 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. 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 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 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.



**Aktywizacja osób w wieku 30 lat i powyżej pozostających bez pracy w powiecie białobrzeskim (II)
RPO WM Działanie 8.1**

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. 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. 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 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 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.