Załącznik nr 1 do umowy nr.............................

z dnia............................................................

w sprawie odbywania stażu przez bezrobotnego(ych)

……PIECZĄTKA……………….

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 2021 poz. 2285)

**………………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 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 | 5 w dniach od poniedziałku do piątku |
| 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/stanowisko pracownika...................................................

Akceptuję:

..................................................... …Pieczątka i podpis pracodawcy.... (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.

Załącznik nr 1 do umowy nr..................................

z dnia..................................................................

w sprawie odbywania stażu przez bezrobotnego(ych)

…………………………………….

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 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, 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 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.