

Załącznik nr 1

……............................................

(pieczęć Organizatora)

**PROGRAM STAŻU**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa zawodu zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności na rynku pracy** |  |
| **Stanowisko** |  |
| **Miejsce odbywania stażu**  ***(proszę podać dokładny adres lub adresy – w przypadku stażu odbywanego w formie hybrydowej)*** |  |
| **Komórka organizacyjna** |  |
| **Forma stażu**  ***(proszę zaznaczyć jedną z trzech form realizacji stażu oraz 5 dni tygodnia odbywania stażu)*** | **stacjonarna (w tym praca w terenie)**  poniedziałek wtorek  środa czwartek  piątek  sobota  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **hybrydowa**  *stacjonarnie:*  poniedziałek  wtorek  środa czwartek  piątek  sobota  *zdalnie:*  poniedziałek  wtorek  środa czwartek  piątek  sobota  **zdalna**  poniedziałek  wtorek  środa czwartek  piątek  sobota |
| **Godziny odbywania stażu** | od do  od do |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane dotyczące opiekuna Stażysty** | **Imię i nazwisko** | **stanowisko** |
|  |  |
| **Nr telefonu opiekuna Stażysty** |  | |

Uwaga!

* Opiekun stażysty może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż 3 osobami odbywającymi staż.
* Wszystkie czynności związane z ryzykiem finansowym będą wykonywane pod kontrolą opiekuna.
* Organizator po zakończeniu stażu, wystawi osobie skierowanej w terminie 7 dni od jego zakończenia, opinię zawierającą informacje o zadaniach realizowanych przez stażystę oraz nabytych kwalifikacjach/ umiejętnościach zawodowych.

**Wypełniając obowiązek prawny ciążący na Administratorze zobowiązuję Organizatora do przekazania, otrzymanej od Administratora, osobie wskazanej jako opiekun stażu, klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych znajdującej się również na stronie internetowej www.piotrkowtrybunalski.praca.gov.pl**

|  |
| --- |
| **Zakres zadań wykonywanych przez Stażystę** |

………………………………………………………….

(miejscowość, data) (podpis i pieczęć Organizatora)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wypełnia Powiatowy Urząd Pracy**

Okres odbywania stażu od dnia ..................................................... do dnia .................................................................................

zgodnie z umową nr ........................................................................z dnia ...................................................................................

Imię i nazwisko Stażysty.…………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………….

Data urodzenia.………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………….