

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