

Załącznik nr 1

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

 (pieczęć Organizatora)

**PROGRAM STAŻU**

1. Nazwa zawodu zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności na rynku pracy ………………………………………………………………………………………………..
2. Stanowisko ……………………………………………...…………...……………………..
3. Miejsce odbywania stażu ……...................................................................................

 (adres)

1. Komórka organizacyjna ……...……………………………………………………………
2. Dni tygodnia oraz godziny pracy na stażu:

|  |  |
| --- | --- |
| **Dni tygodnia odbywania stażu** | **Godziny odbywania stażu** |
|  |  |

**Dane dotyczące opiekuna osoby odbywającej staż\*:**

1. Imię i nazwisko..........................................................................................................
2. Zajmowane stanowisko.............................................................................................
3. Numer telefonu…………………………………………………………………………….

Opiekun stażysty może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż 3 osobami odbywającymi staż.

**\* Wypełniając obowiązek prawny ciążący na Administratorze zobowiązuję Organizatora do przekazania, otrzymanej od Administratora osobie wskazanej w pkt. 1 programu stażu (opiekun bezrobotnego odbywającego staż), klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych znajdującej się również na stronie internetowej www.piotrkowtrybunalski.praca.gov.pl**

Organizator oświadcza, że:

* + - 1. Zmiana programu stażu może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej.
			2. Wszystkie czynności związane z ryzykiem finansowym będą wykonywane pod kontrolą opiekuna.
			3. Pracodawca 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.

|  |
| --- |
| Zakres zadań wykonywanych przez skierowaną osobę |

……………………………………… ………………………………………

 miejscowość i 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 skierowanej osoby.………………………………………………………………

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