



.....
(pieczęć Organizatora)

PROGRAM STAŻU

1. Nazwa zawodu zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności na rynku pracy

.....

2. Stanowisko

3. Miejsce odbywania stażu

(adres)

4. Komórka organizacyjna

5. 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.....

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

*** Wypełniając obowiązek prawny ciążyący na Administratorze zobowiązuję Organizatora do przekazania, otrzymanej od Administratora osobie wskazanej w pkt. 1 programu stażu (opiekun stażysty), 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

.....
miejsowość 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.....

