



.....
(pieczęć Organizatora)

PROGRAM STAŻU

Nazwa zawodu zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności na rynku pracy	
Stanowisko	
Miejsce odbywania stażu <i>(proszę podać dokładny adres lub adresy – w przypadku stażu odbywanego w formie hybrydowej)</i>	
Komórka organizacyjna	
Forma stażu <i>(proszę zaznaczyć jedną z trzech form realizacji stażu oraz 5 dni tygodnia odbywania stażu)</i>	☐ stacjonarna (w tym praca w terenie) ☐ poniedziałek ☐ wtorek ☐ środa ☐ czwartek ☐ piątek ☐ sobota ☐ hybrydowa <i>stacjonarnie:</i> ☐ poniedziałek ☐ wtorek ☐ środa ☐ czwartek ☐ piątek ☐ sobota <i>zdalnie:</i> ☐ 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 ciążyący 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 nrz dnia

Imię i nazwisko Stażysty.....

Data urodzenia.....