

Załącznik nr 1

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

 (pieczęć Organizatora)

**PROGRAM STAŻU**

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

 (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 nnabytych kwalifikacjach/ umiejętnościach zawodowych.

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

 ……………………………………… ………………………..……………………

 (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 skierowanej osoby.…………………………………………………..…………………………………………………………

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