Załącznik Nr 1

.....
(imię i nazwisko osoby bezrobotnej
proponowanej do odbycia stażu)

PROGRAM REALIZACJI STAŻU

1. **Nazwa zawodu lub specjalności (zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy):**
   (Klasyfikację zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania reguluje Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 kwietnia 2010r. (Dz.U. Nr 82, poz. 537 z dnia 17 maja 2010r.).

   .....
2. **Nazwa stanowiska pracy:** …….....
3. **Nazwa komórki organizacyjnej:** .....
4. **Termin realizacji:** .....
5. **Zakres zadań i czynności wykonywanych przez bezrobotnego w miejscu pracy:**

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

6. **Organizator oświadcza, iż realizacja w/w programu stażu umożliwi osobie bezrobotnej samodzielne wykonywanie pracy na danym stanowisku lub w zawodzie po zakończeniu stażu.**
7. **Po zakończeniu stażu pozyskane kwalifikacje lub umiejętności zawodowe zostaną potwierdzone w formie opinii wydanej przez Organizatora.**
8. **Na opiekuna osoby objętej programem stażu wyznaczam:**

.....
/imię i nazwisko oraz stanowisko wyznaczonego pracownika/

…….. **.....**
/data/ /podpis i pieczątka Organizatora stażu/

Wypełnia PUP
Opinia doradcy zawodowego:

Nazwa zawodu jest zgodna z klasyfikacją zawodów, a realizacja programu stażu umożliwi nabycie umiejętności praktycznych do samodzielnego wykonywania pracy we wskazanym zawodzie.

……
/podpis i pieczątka doradcy zawodowego/