**Program stażu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa Firmy** |  | |
| 1.Nazwa zawodu stażysty zgonie z klasyfikacją zawodów i specjalności (www.psz.praca.gov.pl) |  | |
| 2.Stanowisko pracy stażysty |  | |
| **3.Dane opiekuna bezrobotnego objętego stażem** | | |
| Imię i Nazwisko |  | |
| Stanowisko |  | |
| **4.Zakres zadań zawodowych wykonywanych przez bezrobotnego** (proszę o czytelne uzupełnianie **PROGRAMU STAŻOWEGO** zgodnie z [klasyfikacją zawodów  i specjalności](https://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/wyszukiwarka-opisow-zawodow)): | | |
| **5.Rodzaj uzyskanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych**  Praktyczna nauka zawodu | | |
| **6.Sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych**  Opinia pracodawcy wydana na piśnie. | | |
| Pamiętaj! Zmiana programu może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej w postaci aneksu  do zawartej umowy. | | |
| Podpis Wnioskodawcy | | Podpis Dyrektora PUP lub osoby upoważnionej |