**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 aneksudo zawartej umowy. |
| Podpis Wnioskodawcy | Podpis Dyrektora PUP lub osoby upoważnionej |