

Załącznik Nr 1 do umowy Nr z dnia

PROGRAM STAŻU

1. Nazwa zawodu/ specjalności, którego program dotyczy:.....

*(nazwa zawodu i specjalności winna być zgodna z klasyfikacją zawodów i specjalności ...
Rozporządzenie MPIPS z dnia 27 kwietnia 2010 r. /Dz. U. z 2010r. Nr 82, poz. 573 z późn. zm./)*

2. Nazwa stanowiska pracy:

3. Nazwa komórki organizacyjnej:

4. Dane opiekuna osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy odbywającej staż:

.....

(imię i nazwisko, stanowisko)

Harmonogram praktycznego wykonywania przez osobę niepełnosprawną poszukującą pracy czynności lub zadań

CZAS REALIZACJI	TEMATYKA ZAJĘĆ	NABYTE UMIEJĘTNOŚCI (SPOSÓB POTWIERDZANIA ICH NABYCIA)
		Wydanie opinii przez organizatora po zakończeniu stażu. Opinia powinna zawierać informacje o zadaniach realizowanych przez bezrobotnych oraz kwalifikacjach lub umiejętnościach zawodowych pozyskanych w trakcie odbywania stażu.

Strony zgodnie oświadczają, iż realizacja w/w programu stażu, umożliwi osobie niepełnosprawnej poszukującej pracy samodzielne wykonywanie pracy na danym stanowisku lub zawodzie, po ukończeniu stażu.

Zmiana programu może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej w postaci aneksu do umowy.

.....
/podpis i pieczęć organizatora/

.....
/podpis Starosty/