

**Załącznik nr 2**

**PROGRAM STAŻU ZAWODOWEGO**

Staż zawodowy odbywać się będzie w zawodzie lub specjalności (wg klasyfikacji zawodów i specjalności)\*: .....

Harmonogram stażu:

Termin realizacji stażu: od ..... roku do ..... roku.

Staż będzie odbywał się od..... do..... (dni tygodnia) w godzinach od .....do..... (pełny wymiar czasu pracy obowiązujący na danym stanowisku).

Stażysta/Stażystka projektu wykonywać będzie zadania w wymiarze czasu obowiązującym pracownika zatrudnionego na danym stanowisku pracy.

Dane Opiekuna Uczestnika/Uczestniczki projektu:

imię i nazwisko.....

stanowisko .....

Po zakończeniu stażu zawodowego Organizator stażu zawodowego potwierdza cele i treści edukacyjne oraz realizowane zadania w Sprawozdaniu z realizacji stażu zawodowego.

Zakres zadań zawodowych wykonywanych przez Uczestnika/Uczestniczkę projektu\*:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



Fundusze Europejskie  
Program Regionalny



Wojewódzki Urząd Pracy w Łodzi

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



Cele edukacyjne:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Treści edukacyjne:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Rodzaj uzyskanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych\*:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

***Strony zgodnie oświadczają, iż realizacja ww. programu stażu, umożliwi Uczestnikowi projektu samodzielne wykonywanie prac na danym stanowisku lub w danym zawodzie, po zakończeniu stażu.***

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

***Po zakończeniu stażu Organizator zobowiązany jest do wydania opinii zawierającej informacje o zadaniach realizowanych przez Uczestnika projektu i umiejętnościach praktycznych pozyskanych w trakcie stażu w terminie 7 dni od zakończenia stażu.***





Fundusze Europejskie  
Program Regionalny



Wojewódzki Urząd  
Pracy w Łodzi

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



***Ja, Uczestnik projektu oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią programu stażu. Odpowiada mi harmonogram praktycznego wykonywania czynności i zadań, które umożliwią mi wykorzystanie w praktyce wiedzy zdobytej podczas szkolenia i samodzielne wykonywanie pracy po zakończeniu stażu.***

.....  
pieczęć, data i podpis Organizatora stażu zawodowego

.....  
data i podpis Uczestnika projektu

\*Zawód lub specjalność, zakres zadań oraz rodzaj uzyskanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych musi być zgodny z klasyfikacją zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy dostępnej na stronie internetowej Publicznych Służb Zatrudnienia: [www.psz.praca.gov.pl](http://www.psz.praca.gov.pl)



Projekt KROK NAPRZÓD! Realizowany przez Fundację Możesz Więcej w partnerstwie z Gminą Żarnów Współfinansowany przez Unię Europejską w Ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, w ramach Osi priorytetowej 09-IX Włączenie społeczne; Działania 01-IX.1 Aktywna integracja osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym; Poddziałania 01-IX.1.1 Aktywizacja społeczno- zawodowa osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym



