Załącznik nr 1 do umowy

 POWIATOWY URZĄD PRACY W ŁAŃCUCIE



PROGRAM STAŻU

**Imię i nazwisko stażysty………………………………………………..................................**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa zawodu lub specjalności zgodnie z klasyfikacją zawodów** \* |  |
| **Nazwa komórki organizacyjnej** |  |
| **Stanowisko pracy** |  |
|  | **ZAKRES ZADAŃ WYKONYWANYCH PRZEZ STAŻYSTĘ** |

*\* http://www.psz.praca.gov.pl (Klasyfikacja zawodów i specjalności*

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych przez osobę niepełnosprawną** |  |
| Imię i nazwisko opiekuna |  |
| **Wykształcenie opiekuna** |  |
| **Stanowisko zajmowane przez opiekuna** |  |
| **Sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych** | Wydanie opinii przez organizatora po zakończeniu stażu. Opinia powinna zawierać informacje o zadaniach realizowanych przez osoby niepełnosprawne oraz kwalifikacjach lub umiejętnościach zawodowych pozyskanych w trakcie odbywania stażu. |

**Niepełnosprawny stażysta niebędący pracownikiem nie będzie ponosił odpowiedzialności materialnej, czynności ujęte w opisie zadań będzie wykonywał w formie nauki i pod nadzorem wskazanego opiekuna, którego rolą jest udzielanie niepełnosprawnemu m. in. wskazówek
i pomocy w wypełnianiu powierzonych zadań oraz poświadczenie własnym podpisem prawdziwości informacji zawartych w sprawozdaniu niepełnosprawnego z przebiegu stażu.**

Strony zgodnie oświadczają, że realizacja w/w programu stażu, umożliwi osobom niepełnosprawnym samodzielne wykonywanie pracy w danym zawodzie lub specjalności po zakończeniu stażu.

Zmiana stażu może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej w postaci aneksu do umowy z dnia....................................

Program sporządzono w trzech egzemplarzach po jednym egzemplarzu dla PUP, organizatora oraz dla skierowanych osób niepełnosprawnych.

 …………………………………… ………………………………………

 (data i podpis opiekuna stażu) (data, podpis i pieczęć organizatora stażu)