



.....  
(pieczęć Organizatora)

### PROGRAM STAŻU

1. Nazwa zawodu zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności na rynku pracy  
.....
2. Stanowisko .....
3. Miejsce odbywania stażu .....  
(adres)
4. Komórka organizacyjna .....
5. Dni tygodnia oraz godziny pracy na stażu:

Dni tygodnia odbywania stażu	Godziny odbywania stażu

#### Dane dotyczące opiekuna osoby odbywającej staż\*:

1. Imię i nazwisko.....
2. Zajmowane stanowisko.....
3. Numer telefonu.....

Opiekun stażysty może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż 3 osobami odbywającymi staż.

\* Wypełniając obowiązek prawny ciążyący na Administratorze zobowiązuję Organizatora do przekazania, otrzymanej od Administratora osobie wskazanej w pkt. 1 programu stażu (opiekun bezrobotnego odbywającego staż), klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych znajdującej się również na stronie internetowej [www.piotrkowtrybunalski.praca.gov.pl](http://www.piotrkowtrybunalski.praca.gov.pl)

Organizator oświadcza, że:

1. Zmiana programu stażu może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej.
2. Wszystkie czynności związane z ryzykiem finansowym będą wykonywane pod kontrolą opiekuna.
3. Pracodawca po zakończeniu stażu, wystawi osobie skierowanej w terminie 7 dni od jego zakończenia, opinię zawierającą informacje o zadaniach realizowanych przez stażystę oraz nabytych kwalifikacjach / umiejętnościach zawodowych.

Zakres zadań wykonywanych przez skierowaną osobę

.....  
miejsowość i data

.....  
podpis i pieczęć Organizatora

---

**Wypełnia Powiatowy Urząd Pracy**

Okres odbywania stażu od dnia ..... do dnia .....

zgodnie z umową nr ..... z dnia .....

Imię i nazwisko skierowanej osoby.....

Data urodzenia.....