**PROGRAM STAŻU (na każde ze stanowisk)**

sporządzony w ........................... w dniu.......................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **I. Podstawowe informacje dotyczące organizacji stażu** | | | |
| **Dane osoby objętej stażem** | | | |
| 1. | | Imię i nazwisko |  |
| 2. | | Nazwa szkoły |  |
| **Dane Podmiotu Przyjmującego na staż** | | | |
| 1. | | Nazwa i adres siedziby |  |
| **Informacje o stażu** | | | |
| 1. | Okres odbywania stażu | |  |
| 2. | Miejsce odbywania stażu | |  |
| 3. | Liczba godzin dziennie/ tygodniowo/ | | ……... dziennie, …… tygodniowo |
| 4. | Nazwa stanowiska pracy | |  |
| 5. | Nazwa zawodu lub specjalności, której dotyczy program | |  |
| **Dane opiekuna osoby objętej programem stażu** | | | |
| 1. | Imię i nazwisko | |  |
| 2. | Stanowisko zajmowane w zakładzie pracy | |  |
| 3. | Staż pracy w zakładzie pracy | |  |
| 4. | Kontakt (telefon i adres email) | |  |

|  |
| --- |
| II. Charakterystyka programu stażu |
| Opis programu stażu i główne jego założenia. Zakres obowiązków/zadań wykonywanych przez stażystę/kę w trakcie trwania programu. |
|  |
| Cele edukacyjne (konkretne, jasno sprecyzowane rezultaty, które mają zostać osiągnięte przez stażystę/kę poprzez podejmowane w programie stażu działania edukacyjne/wykonywane zadania), kwalifikacje i/lub umiejętności zawodowe, które stażysta/ka uzyska w trakcie trwania programu stażu |
|  |

##### III. Dodatkowe informacje

Sposobem potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych będzie wystawienie przez Pracodawcę i wydanie stażyście/stce po zrealizowaniu programu stażu, zaświadczenie o odbyciu stażu uczniowskiego oraz dziennika przebiegu stażu.

Staż uczniowski realizowany jest w ramach projektu Kompleksowy program rozwoju kształcenia zawodowego w Powiecie Ostrowskim nr FEWP.06.08-IZ.00-0018/24 w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Wielkopolski 2021-2027 (FEW) współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+).

Niniejszy program stażu uczniowskiego został opracowany z  uwzględnieniem jego predyspozycji psychofizycznych i zdrowotnych oraz poziomu wykształcenia i dotychczasowych kwalifikacji zawodowych.

Podmiot Przyjmujący na staż na obowiązek przeprowadzić nieodpłatnie szkolenie stanowiskowe dla stażysty/-ów i zapoznać ich z regulaminem pracy, BHP, organizacją pracy u innymi przepisami obowiązującymi w zakładzie.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ………………………  Podpis Koordynatora Szkolnego | …………………………………  Podpis Podmiotu Przyjmującego na staż |
| Potwierdzam zapoznanie się z programem stażu uczniowskiego i akceptuję jego treść: | | |
| ……………………………………  podpis Stażysty i/lub opiekuna prawnego Stażysty | | |