

PROGRAM STAŻU

1. Nazwa zawodu lub specjalności (zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności)

2. Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:
 a/
 b/
 c/
3. Sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:
4. Opiekun
 Imię i nazwisko:
 Stanowisko w zakładzie pracy :

ZAKRES WYKONYWANYCH ZADAŃ	OKRES STAŻU (MIESIĄCE, ETAPY REALIZACJI)
1. Proces adaptacji stażysty w miejscu pracy	

Zobowiązuję się do zapoznania z programem stażu osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu, dla której będzie zorganizowany staż.

Organizator oświadcza, iż realizacja w/w programu stażu umożliwi osobom niepełnosprawnym poszukującym pracy niepozostającym w zatrudnieniu samodzielne wykonywanie pracy na danym stanowisku lub w zawodzie po zakończeniu stażu.

.....
 (Podpis i pieczęć wnioskodawcy)