# **ZAŁĄCZNIK NR 1**

**do Wniosku WnStaz**/………./………… **z dnia** ……………………..(wypełnia Starosta)

**dotyczy Umowy nr: UmStaz/**………/……….…. **z dnia** ……………………..(wypełnia Starosta)

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

 (pieczątka nagłówkowa)

P R O G R A M S T A Ż U

Sporządzony przez Organizatora stażu i zatwierdzony przez Powiatowy Urząd Pracy w Suwałkach

 w zawodzie(zgodnie z Klasyfikacja Zawodów i Specjalności):

 na stanowisku:

**HARMONOGRAM**

|  |  |
| --- | --- |
| **Etapy/okresy** **realizacji zadań** | **Zakres zadań zawodowych** |
|  | ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Etapy/okresy****realizacji zadań** | **Zakres wiedzy lub umiejętności zawodowych** |
|  | ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |

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

***Oświadczam, iż realizacja w/w programu, umożliwi stażyście po zakończeniu stażu samodzielne wykonywanie pracy
na danym stanowisku lub w zawodzie, co zostanie potwierdzone w sprawozdaniu sporządzonym przez stażystę i opinii przygotowanej przez Organizatora.***

***Oświadczam, że***

***- nie sprawuję i nie będę sprawować opieki nad więcej niż 3 osobami bezrobotnymi odbywającymi staż,***

***- posiadam wiedzę i umiejętności w zakresie zadań wyszczególnionych w programie stażu,***

***- będę odpowiadać za prawidłową realizację stażu i opiekę nad osobą odbywającą staż***

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

(**czytelny** **podpis opiekuna stażysty/ów objętego(ych) programem stażu)**

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

 **(STAROSTA) (Organizator stażu)** (pieczątka i podpis)