



Załącznik nr 2

.....
(pieczęć Wnioskodawcy)

INDYWIDUALNY PROGRAM STAŻU

W
(pełna nazwa zakładu pracy lub imię i nazwisko wnioskodawcy)

w zawodzie lub specjalności (zgodnie z klasyfikacją zawodów lub specjalności)*:

.....

W
(nazwa komórki organizacyjnej)

na stanowisku

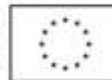
.....

Tematyka i zakres stażu:

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

Realizacja programu stażu umożliwi stażycie samodzielne wykonywanie pracy na danym stanowisku lub w danym zawodzie po zakończeniu stażu.

*zgodnie z Rozporządzeniem MP i PS z dnia 27 kwietnia 2010 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. z 2010 r. Nr 82, poz. 537) http://www.stat.gov.pl/klasyfikacje/kzs/pdf/Rozp_w_sprawie_klasyfikacji_zawodow_z_27042010.pdf oraz Rozporządzeniem MPiPS z dnia 12 listopada 2012 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. z 2012 r., poz. 1268)



Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

I. Program praktycznego wykonywania czynności lub zadań realizowanych przez stażystę w ramach stażu

Okres stażu		Lp.	Zakres wykonywanych zadań przez stażystę (wyszczególnić poszczególne zadania)**
od	do		

II. System i rozkład czasu pracy stażysty*:**

- dni tygodnia
- godziny (od – do)
.....
- system pracy



Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

** program powinien zawierać główne i częściowe zadania, zawierające czynności jakie powinien opanować stażysta zgodnie ze standardami kwalifikacji w danym zawodzie, wśród zadań obowiązkowo powinny znaleźć się zadania takie jak: szkolenie w zakresie BHP i p.poż, zapoznanie się z organizacją i regulaminami firmy, itp.

*** w przypadku pracy w niedzielę i święta, w porze nocnej, w systemie pracy zmianowej organizator stażu powinien wystąpić z pismem do Starosty Lęborskiego o wyrażenie zgody na realizację takiego stażu (pismo należy dołączyć do wniosku)

III. Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych pozyskanych w trakcie stażu

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

IV. Sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych

- 1) Opinia Przyjmującego na staż zawierająca informacje o zadaniach realizowanych przez stażystę i umiejętnościach praktycznych pozyskanych w trakcie stażu.
- 2) Zaświadczenie o stażu.
- 3) Referencje wystawione na wniosek Stażysty przez Przyjmującego na staż.

V. Dane osoby wyznaczonej do kontaktów ze Stażystą i Organizatorem stażu (Opiekun osoby objętej programem stażu)

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

(imię i nazwisko, stanowisko pracy)

Sporządził(a): Data

.....
(pieczęć i podpis wnioskodawcy/ osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy)



DZIENNIK STAŻU

w ramach projektu innowacyjnego testującego „Droga do samodzielności”

w zawodzie lub specjalności (zgodnie z klasyfikacją zawodów lub specjalności)*:

.....

Przyjmujący na Staż:
nazwa i adres firmy

Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do kontaktów ze Stażystą i Organizatorem
stażu:

Imię i nazwisko Opiekuna stażu:

Imię i nazwisko Stażysty:

Data rozpoczęcia stażu:

Data zakończenia stażu:

Miejsce odbywania stażu:



Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

LISTA OBECNOŚCI ZA MIESIĄC

Umowa nr

Imię i nazwisko Stażysty(-ki)

(czytelne)

Dzień miesiąca	Liczba godzin	Podpis Stażysty (-ki)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		
31.		

CH - Choroba
Stażysty – L4

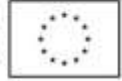
DW - Dzień wolny przysługujący po 30 dniach
kalendarzowych odbywania stażu

NN - Nieobecność
nieusprawiedliwiona

OP - Opieka nad chorym dzieckiem
lub innym członkiem rodziny – L4

Podpis osoby Opiekuna stażu / osoby wyznaczonej do kontaktów ze Stażystą i Organizatorem stażu

.....



Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 4

.....
/imię i nazwisko stażysty/

....., dnia

.....
/adres/

.....
/nazwa Przyjmującego na staż /

Wniosek o udzielenie dni wolnych

W związku z odbywaniem przeze mnie stażu w tutejszym zakładzie, zgodnie z §5 ust. 3b Umowy o staż, zwracam się z prośbą o udzielenie mi dni wolnych, tj.

od do

.....
/podpis Stażysty/

Akceptacja Przyjmującego na staż
/podpis i pieczętka Przyjmującego na staż /



Załącznik nr 6

OPINIA

Pan /Pani
/Imię i nazwisko Stażysty/

odbywał /a staż w
/nazwa i adres Przyjmującego na staż/

w okresie od dnia do dnia

na stanowisku

INFORMACJE O ZADANIACH REALIZOWANYCH PRZEZ STAŻYSTĘ:

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

INFORMACJE O UMIEJĘTNOŚCIACH PRAKTYCZNYCH/ZAWODOWYCH DO WYKONYWANIA PRACY POZYSKANYCH W TRAKCIE STAŻU:

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

PRZEBIEG STAŻU I NAPOTKANE PROBLEMY W REALIZACJI PROGRAMU:

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

.....
(Pieczęć Przyjmującego na staż)

.....
Podpis Opiekuna stażu
i Przyjmującego na staż



Załącznik nr 7

**OŚWIADCZENIE DLA CELÓW PODATKOWYCH I UBEZPIECZENIOWYCH
STAŻYSTY/UCZESTNIKA SZKOLENIA/UCZESTNIKA KURSU*
do Umowy nr**

przy realizacji projektu innowacyjnego testującego pn. „Droga do samodzielności”
współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Imię i nazwisko PESEL:
Miejsce zamieszkania: Kod pocztowy: Poczta:
Miejscowość:..... ul. Nr domu Nr mieszkania

Niniejszym oświadczam, że **jestem zatrudniony/nie jestem zatrudniony*** na podstawie umowy
o pracę w:

.....
nazwa i dokładny adres zakładu pracy

Jednocześnie oświadczam, że:

- podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne z tytułu stosunku pracy **wynosi / nie wynosi***
co najmniej najniższe wynagrodzenie.
- jestem **studentem** i nie mam ukończonych 26 lat /**nie jestem studentem***
- jestem **zarejestrowany/ nie jestem zarejestrowany*** w Powiatowym Urzędzie Pracy w
- w przypadku rencistów należy wpisać: „**jestem rencistą**”, wskazać grupę niepełnosprawności:
..... oraz numer świadczenia
i okres, na jaki została przyznana renta
- posiadam inny tytuł do ubezpieczeń społecznych (jaki?)
...../ nie posiadam innego tytułu do ubezpieczeń społecznych*

Rozliczam się w Urzędzie Skarbowym w, adres Urzędu Skarbowego:
.....)

**Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą i że świadomy/a jestem
odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za zeznawanie nieprawdy lub
zatajenie prawdy.**

Oświadczam jednocześnie, że o wszelkich zmianach dotyczących przedmiotowego oświadczenia
niezwłocznie uprzedzę na piśmie Organizatora stażu/szkolenia/kursu (płatnika), a w przypadku braku
takiego uprzedzenia pokryję wszelkie związane z tym szkody z własnych funduszy wraz z należnymi
odsetkami, od dnia zaistnienia zmian.

Lębork, dnia

.....
czytelny podpis

Proszę o wypełnienie pismem drukowanym.

*niepotrzebne skreślić

**właściwe zaznaczyć



Załącznik nr 8

ZAŚWIADCZENIE

.....
Imię i Nazwisko

ur. dd/mm/rrrr

ukończył(a) / odbył(a) *) staż w (Przyjmujący
na staż – nazwa i adres)

na stanowisku

w dniach dd/mm/rr – dd/mm/rrrr

w ramach projektu innowacyjnego testującego
pn: „Droga do samodzielności”

współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
(Program Operacyjny Kapitał Ludzki, Priorytet VII Promocja integracji społecznej, Działanie 7.2
Przeciwdziałanie wykluczeniu i wzmocnienie sektora ekonomii społecznej, Poddziałanie 7.2.2
Wsparcie ekonomii społecznej).

Potwierdzam, że zawarty w Indywidualnym Programie Stażu program merytoryczny stażu
został zrealizowany. *)

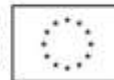
W okresie Stażysta nie odbywał efektywnie stażu z powodu *)

ORGANIZATOR STAŻU

.....
Podpis, pieczęć

*) Niepotrzebne usunąć.

....., (dd/mm/rrrr)



Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

SUPLEMENT DO ZAŚWIADCZENIA

Wykonywane czynności/zadania	Zdobyte umiejętności i kompetencje zawodowe