**Zał. nr 5**

**P R O G R A M S T A Ż U**

Nazwa zakładu pracy…………………………………………………………………………………..

reprezentowanym przez: ………………………………………………………………………………

Program stażu powinien określać:

Nazwa zawodu/specjalności:……………………………………………………………………………

Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji: …………………………………………………………………….

Imię i nazwisko opiekuna osoby poszukującej pracy : …………………………………………………

**Harmonogram praktycznego wykonywania przez poszukującego pracy czynności lub zadań**

|  |  |
| --- | --- |
| **Okres stażu m-ce etapy realizacji zadań** | **Rodzaj wykonywanych zajęć( zakres czynności)** |
| **I miesiąc** |  |
| **II miesiąc** |  |
| **III miesiąc** |  |
| **IV miesiąc** |  |
| **V miesiąc** |  |
| **VI miesiąc** |  |

Strony zgodnie oświadczają iż realizacja w/w programu stażu umożliwi osobie poszukującej pracy samodzielne wykonywanie pracy na danym stanowisku lub zawodzie, po zakończeniu stażu.

Zmiana może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej w postaci aneksu do umowy.

……………………………………………… ……………………………………………..

pieczątka i podpis Dyrektora

Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Żninie pieczątka i podpis Pracodawcy