

Załącznik nr 6

.....
(pieczęć Wnioskodawcy)

INDYWIDUALNY PROGRAM STAŻU w ramach projektu „Życie zaczyna się po pięćdziesiątce – aktywizacja zawodowa osób 50+”

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

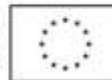
.....

Tematyka i zakres stażu:

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

Realizacja programu stażu umożliwi stażyście 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)



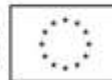
Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

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)

.....

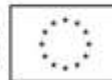
.....

.....

(imię i nazwisko, stanowisko pracy)

Sporządził(a): Data

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



Załącznik nr 7

DZIENNIK STAŻU

w ramach projektu

„Życie zaczyna się po pięćdziesiątce – aktywizacja zawodowa osób 50+”

do umowy o staż nr

w zawodzie lub specjalności:

.....

Imię i nazwisko Stażysty:

Przyjmujący na Staż:

nazwa i adres

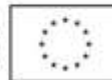
Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do kontaktów ze Stażystą i Organizatorem
stażu:

Imię i nazwisko Opiekuna stażu:

Data rozpoczęcia stażu:

Data zakończenia stażu:

Miejsce odbywania stażu:



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

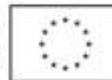
HARMONOGRAM STAŻU

Imię i nazwisko stażysty:

Miejsce stażu:

Staż w zawodzie lub specjalności:

Lp.	Termin (dokładna data)	Planowane czynności	Liczba godzin
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			



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

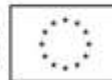
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			
31.			

.....
(Pieczęć i podpis Przyjmującego na staż)

.....
(Imię i nazwisko Opiekuna stażu / osoby wyznaczonej do kontaktów
ze Stażystą i Organizatorem stażu)

Akceptacja Organizatora stażu:

.....



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

LISTA OBECNOŚCI ZA MIESIĄC

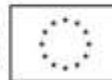
Imię i nazwisko Stażysty(-ki)
(czytelne)

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 kalendaryzowanych 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 8

....., dnia
/imię i nazwisko stażysty/

.....
/adres/

.....
/nazwa Przyjmującego na staż /

.....

Wniosek o udzielenie dni wolnych podczas stażu

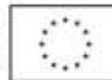
w ramach projektu „Życie zaczyna się po pięćdziesiątce – aktywizacja zawodowa osób 50+”

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/



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

Załącznik nr 9

SPRAWOZDANIE STAŻYSTY (ocena stażu dokonana przez stażystę)

Imię i nazwisko Stażysty

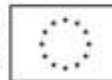
Miejsce odbywania stażu

[illegible]

(czytelny podpis Stażysty)

Oświadczam, iż informacje zawarte w sprawozdaniu uczestnika stażu (Stażysty) są prawdziwe.

Czytelny podpis Opiekuna stażu / osoby wyznaczonej przez Przyjmującego na staż



Załącznik nr 10

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:

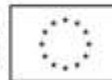
.....
.....
.....
.....
.....

PRZEBIEG STAŻU I NAPOTKANE PROBLEMY W REALIZACJI PROGRAMU:

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

.....
(Pieczętka Przyjmującego na staż)

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



Załącznik nr 11

**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.

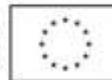
Lębork, dnia

.....
czytelny podpis

Proszę o wypełnienie pismem drukowanym.

*niepotrzebne skreślić

**właściwe zaznaczyć



Załącznik nr 12

ZAŚWIADCZENIE

.....

Imię i Nazwisko stażysty

ur.

ukończył(a) / odbył(a) *) staż w

(Przyjmujący na staż – nazwa i adres)

na stanowisku

w okresie –

w ramach projektu:

„Życie zaczyna się po pięćdziesiątce – aktywizacja zawodowa osób 50+”

współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

*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

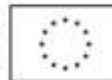
*) Niepotrzebne usunąć.

....., dnia



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



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

SUPLEMENT DO ZAŚWIADCZENIA

Wykonywane czynności/zadania	Zdobyte umiejętności i kompetencje zawodowe