



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

**Załącznik nr 6**

.....  
(pieczęć Przyjmującego na staż)

**INDYWIDUALNY PROGRAM STAŻU**  
**w ramach projektu „ZaPaL się do zawodu - zawodowo w Powiecie Lęborskim”**

W .....  
(pełna nazwa zakładu pracy)

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

.....

W .....  
(nazwa komórki organizacyjnej)

na stanowisku .....

dla .....

(imię i nazwisko uczestnika stażu)

**Cel, tematyka i zakres stażu:**

Realizacja programu stażu umożliwi stażyście nabycie umiejętności praktycznych w zawodzie ....., których zakres wykracza poza ramy określone dla praktyki zawodowej i ma na celu praktyczną naukę zawodu, w tym pogłębienie zdobytej wiedzy i umiejętności zawodowych w realnych warunkach pracy, niezbędnych do podjęcia pracy w danym zawodzie oraz podniesienie zdolności ucznia do przyszłego zatrudnienia.

\*zgodnie z Rozporządzeniem MPiPS 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 ze zmianami) 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**

| Liczba godzin | Zakres wykonywanych zadań przez stażystę (wyszczególnić poszczególne zadania)**                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|               | <p><b>Zapoznanie ucznia z zasadami obowiązującymi w zakładzie pracy:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- strukturą organizacyjną przedsiębiorstwa,</li> <li>- organizacją pracy w przedsiębiorstwie, instrukcjami, regulaminami</li> <li>- uprawnieniami i odpowiedzialnością na poszczególnych stanowiskach pracy,</li> <li>- zakresem czynności,</li> <li>- zasadami współpracy w zespole,</li> <li>- organizacją procesu technologicznego/produkcyjnego/usługowego w przedsiębiorstwie,</li> <li>- nowoczesnymi procesami wytwórczymi/usługowymi/sprzedażowymi i nowymi technologiami, obsługą nowoczesnych maszyn i urządzeń w przedsiębiorstwie</li> </ul> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Odbycie szkolenia w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz przepisów przeciwpożarowych</b></p> <p><b>Samodzielne wykonywanie czynności na stanowisku:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |

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

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

\*\* program powinien zawierać główne i cząstkowe 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)



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

### III. Rodzaj nabywanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych 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 potwierdzające odbycie stażu.
- 3) *Referencje wystawione na wniosek Stażysty przez Przyjmującego na staż.*

### V. Dane osoby wyznaczonej do kontaktów ze Stażystą i Organizatorem stażu (Opiekun stażysty)

.....

.....

.....

(imię i nazwisko, stanowisko pracy)

Potwierdzamy, że niniejszy zakres wiadomości i umiejętności nabywanych przez ucznia oraz treści indywidualnego programu stażu wykraczają poza obowiązkową podstawę programową w zawodzie ..... i program nauczania dla ww. zawodu dopuszczony do użytku w szkole przez dyrektora.

.....  
Data i podpis Opiekuna stażu

.....  
Data i podpis nauczyciela szkoły

.....  
zapoznałem się z programem stażu  
Data i podpis uczestnika Stażu

.....  
Data, pieczęć i podpis Przyjmującego na staż/ osoby  
uprawnionej do reprezentowania Przyjmującego na staż



**Załącznik nr 7**

# DZIENNIK STAŻU

**w ramach projektu „ZaPaL się do zawodu - zawodowo w Powiecie Lęborskim”**

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

.....

Przyjmujący na Staż: .....  
nazwa i adres firmy

Imię i nazwisko Opiekuna stażysty: .....

Imię i nazwisko Stażysty: .....

Data rozpoczęcia stażu: .....

Data zakończenia stażu: .....

Wymiar czasu stażu (liczba godzin stażu) .....

Miejsce odbywania stażu: .....



**Nazwa:** Staż w zawodzie lub specjalności .....

**Imię i nazwisko Opiekuna stażysty:** .....

[illegible]



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

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

.....  
(Data i podpis uczestnika Stażu)

.....  
Data i podpis Opiekuna stażu

.....  
Data, pieczęć i podpis Przyjmującego na staż/ osoby  
uprawnionej do reprezentowania Przyjmującego na staż



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

Załącznik nr 8

## LISTA OBECNOŚCI

Imię i nazwisko Stażysty(-ki) .....

Miejsce odbywania stażu .....

Miesiąc .....

| 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

**NU** – Nieobecność usprawiedliwiona

**NN** – Nieobecność nieusprawiedliwiona

.....  
Data i podpis Opiekuna stażu

.....  
Data, pieczęć i podpis Przyjmującego na staż/ osoby  
uprawnionej do reprezentowania Przyjmującego na staż



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

**Załącznik nr 9**

## 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 ZREALIZOWANYCH PRZEZ STAŻYSTĘ:

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

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

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

OCENA PRZEBIEGU STAŻU I NAPOTKANE PROBLEMY W REALIZACJI PROGRAMU:

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

.....  
Data i podpis Opiekuna stażu

.....  
Data, pieczęć i podpis Przyjmującego na staż/ osoby  
uprawnionej do reprezentowania Przyjmującego na staż





# ZAŚWIADCZENIE O ODBYCIU STAŻU

.....  
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 Powiatu Lęborskiego

**„ZaPaL się do zawodu - zawodowo w powiecie lęborskim”**

współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,

Program Operacyjny Kapitał Ludzki,  
Priorytet IX Rozwój wykształcenia i kompetencji w regionach,  
Działanie 9.2 Podniesienie atrakcyjności i jakości szkolnictwa zawodowego

*Potwierdzamy, że określony Indywidualny Program Stażu został zrealizowany. \*)*

*W okresie ..... Stażysta nie odbywał efektywnie stażu z powodu ..... \*)*

.....  
Data i podpis Opiekuna stażu

.....  
Data, pieczęć i podpis Przyjmującego na staż/ osoby  
uprawnionej do reprezentowania Przyjmującego na staż

\*) Niepotrzebne usunąć.

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



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

**Okres stażu:** .....

**Cel stażu** (zgodnie z Indywidualnym programem nauczania i Dziennikiem stażu): .....

**Program stażu** (zgodnie z Indywidualnym programem nauczania i Dziennikiem stażu): .....

Zaświadczam, że uczeń w trakcie realizacji stażu nabył umiejętności i kompetencje zawodowe w związku z wykonywaniem zadań:

| Opis zadań wykonywanych przez Stażystę | Opis zdobytych umiejętności i kompetencji zawodowych |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------|
|                                        |                                                      |
|                                        |                                                      |
|                                        |                                                      |

**OCENA STAŻYSTY:**

.....  
.....

.....  
Data i podpis Opiekuna stażu

.....  
Data, pieczęć i podpis Przyjmującego na staż/ osoby  
uprawnionej do reprezentowania Przyjmującego na staż



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

**Załącznik nr 11**

**OŚWIADCZENIE DLA CELÓW PODATKOWYCH I UBEZPIECZENIOWYCH  
STAŻYSTY \***

przy realizacji projektu „**ZaPaŁ się do zawodu - zawodowo w Powiecie Lęborskim**”  
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.

- 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 za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.**

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

Lębork, dnia .....

.....  
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego  
niepełnoletniego ucznia lub czytelny podpis  
pełnoletniego ucznia)

**Proszę o wypełnienie pismem drukowanym.**

\*niepotrzebne skreślić, właściwe zaznaczyć