

Dane organizatora stażu (uzupełnia wnioskodawca):



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

(imię i nazwisko albo nazwa organizatora stażu - zgodnie np. z CEIDG lub KRS)

.....
(adres siedziby organizatora stażu – zgodnie np. z CEIDG lub KRS)

PROGRAM STAŻU W FORMIE STACJONARNEJ

1. Nazwa zawodu lub specjalności, zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności, której dotyczy staż

.....
2. Symbol cyfrowy zawodu lub specjalności

.....
3. Stanowisko¹

.....
4. Staż trwać będzie (wypełnia PUP) od..... r. do..... r.

5. Miejsce odbywania stażu w formie stacjonarnej

.....
(ulica, nr budynku /lokalu, kod pocztowy, miejscowość)

Komórka organizacyjna.....

W przypadku odbywania stażu w terenie, proszę zaznaczyć obszar:

Bydgoszcz

Powiat Bydgoski

Województwo Kujawsko-Pomorskie

Polska

6. Rozkład czasu pracy przy odbywaniu stażu (z uwzględnieniem godzin oraz dni wolnych):

Poniedziałek.....

Wtorek.....

Środa.....

Czwartek.....

Piątek.....

Sobota.....

Niedziela (po uzasadnieniu za zgodą PUP).....

7. System czasu pracy, w którym będzie się odbywał staż:

podstawowy system czasu pracy

inny:.....

8. Zmianowość podczas stażu: jednozmianowy dwuzmianowy

9. Wymiar czasu odbywania stażu: cały etat ¾ etatu ½ etatu

Czas realizacji programu stażu przez stażystę nie może przekraczać 8 godzin na dobę i przeciętnie 40 godzin w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy, w przyjętym okresie rozliczeniowym nieprzekraczającym 3 miesięcy. Czas realizacji programu

¹ Zgodnie z zachowaniem wymogu neutralności płciowej

stażu stażysty będącego osobą niepełnosprawną zaliczoną do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności nie może przekraczać 7 godzin na dobę i 35 godzin w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy, w przyjętym okresie rozliczeniowym nieprzekraczającym 3 miesięcy. Osobie niepełnosprawnej odbywającej staż przysługuje prawo do przerw na zasadach przewidzianych dla pracowników oraz dodatkowej przerwy na gimnastykę usprawniającą lub wypoczynek, o której mowa w art. 17 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Czas realizacji programu stażu przez stażystę nie może być krótszy niż 20 godzin w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy, w przyjętym okresie rozliczeniowym nieprzekraczającym 3 miesięcy. Stażysta nie może odbywać stażu w niedziele i święta, w porze nocnej, w systemie pracy zmianowej ani w godzinach nadliczbowych. Prezydent Miasta Bydgoszczy może wyrazić zgodę na realizację stażu w niedziele i święta, w porze nocnej lub w systemie pracy zmianowej, o ile charakter pracy w danym zawodzie wymaga takiego rozkładu czasu pracy.

10. OPINIA ORGANIZATORA STAŻU (według wzoru PUP) zawierająca informacje o zadaniach realizowanych przez osobę niepełnosprawną poszukującą pracy – stanowi sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych – na tej podstawie Prezydent Miasta Bydgoszczy wydaje osobie niepełnosprawnej poszukującej pracy zaświadczenie o odbyciu stażu

| |
|---|
| Zakres oraz opis zadań zawodowych wykonywanych przez osobę niepełnosprawną poszukującą pracy (Wypełnia organizator stażu w porozumieniu z opiekunem stażu. Odpowiedzialność za treść programu ponosi wyłącznie organizator.) |
| |
| Zakres wiedzy oraz umiejętności zawodowych przewidzianych do nabycia w ramach odbywanego stażu: |
| |

Zapoznałam(-em) się z programem stażu

czytelny podpis osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy
złożony w PUP Bydgoszcz

11. Nadzór nad odbywaniem stażu ze strony organizatora stażu sprawować będzie opiekun:

Imię i nazwisko (należy wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI)

.....
Stanowisko (należy wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI)

.....
12. W przypadku braku możliwości sprawowania opieki nad stażystą przez ww. opiekuna – opieka zostanie powierzona:

1) Imię i nazwisko, stanowisko (należy wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI)

.....
2) Imię i nazwisko, stanowisko (należy wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI)

.....
Zmiana programu stażu, w tym zmiana opiekuna stażysty może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej w postaci aneksu do zawartej umowy.

Bydgoszcz, dnia

r.

(PIECZĄTKA FIRMOWA
ORGANIZATORA STAŻU)²

(PIECZĄTKA IMIENNA WRAZ Z PODPISEM
OSOBY NADZORUJĄCEJ STAŻ ZE STRONY
ORGANIZATORA STAŻU)³

(PIECZĄTKA IMIENNA WRAZ Z PODPISEM
OSOBY UPOWAŻNIONEJ
DO REPREZENTOWANIA ORGANIZATORA
STAŻU)⁴

² W przypadku, gdy organizator stażu nie posiada wyrobionej pieczętki firmowej należy wpisać „Nie posiadam pieczętki firmowej” podpis/parafka.

³ W przypadku braku pieczętki imiennej – czytelny podpis.

⁴ Jw.