

Dane organizatora stażu (uzupełnia wnioskodawca):



(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 HYBRYDOWEJ

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

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

.....  
3. Stanowisko<sup>1</sup>

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

5. Miejsce odbywania stażu - stażysta będzie wykonywał zadania

a) w formie stażu stacjonarnego.....

.....  
(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

b) w formie stażu zdalnego - miejsce zamieszkania lub inne uzgodnione miejsce, zapewniające bezpieczne i higieniczne warunki pracy

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

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).....

Praca zdalna będzie realizowana w wymiarze maksymalnie .....% czasu pracy podczas stażu w następujących dniach (proszę podać poszczególne dni tygodnia): .....

<sup>1</sup> Zgodnie z zachowaniem wymogu neutralności płciowej

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 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 oraz opis zadań wykonywanych stacjonarnie:**

**Zakres oraz opis zadań wykonywanych zdalnie:**

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)<sup>2</sup>

(PIECZĄTKA IMIENNA WRAZ Z PODPISEM  
OSOBY NADZORUJĄCEJ STAŻ ZE STRONY  
ORGANIZATORA STAŻU)<sup>3</sup>

(PIECZĄTKA IMIENNA WRAZ Z PODPISEM  
OSOBY UPOWAŻNIONEJ  
DO REPREZENTOWANIA ORGANIZATORA  
STAŻU)<sup>4</sup>

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

<sup>3</sup> W przypadku braku pieczętki imiennej – czytelny podpis.

<sup>4</sup> Jw.