Przysucha dnia …………………………………

…………………………………………….

 /pieczęć Pracodawcy/

 **PAN DYREKTOR**

POWIATOWEGO URZĘDU PRACY W PRZYSUSZE

**PODANIE**

 Proszę o przedłużenie umowy stażowej **Nr ……………./…………**z dnia ……………………………

Dotyczy osoby/osób bezrobotnych (dane osoby bezrobotnej , PESEL)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

na okres do **…………………………………..**. w celu nabycia dodatkowych kwalifikacji i umiejętności na stanowisku/ach

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

 ………………………………………….

**Pieczęć i podpis Pracodawcy**

**PROGRAM STAŻU**

**Opis zadań dodatkowych wykonywanych podczas stażu przez bezrobotnych w ramach aneksu.**

Sporządzony w dniu ..........................………. …….przez:

**Nazwa Organizatora**..........................................................................................................

…………………………………………………………………………………………….

reprezentowany przez .........................................................................................................

Proponuje niżej podany program praktycznego wykonywania przez osobę bezrobotną

 / osoby bezrobotne / czynności lub zadań na stanowisku pracy lub w **zawodzie:** …………………………………………………………………………………………….

godziny pracy stażysty w dni powszednie: od godz………………do godz………………

w………………………………………………………………………….……………….

**/nazwa komórki organizacyjnej, miejsce odbywania stażu/**

|  |  |
| --- | --- |
| **Okres stażu****(miesiące/etapy realizacji zadań)** |  **Rodzaj wykonywanych czynności lub zadań** |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |
|  |
|  |  |
|  |

Strony zgodnie oświadczają, iż realizacja w/w Programu Stażu, umożliwi bezrobotnym samodzielne wykonywanie pracy na danym stanowisku lub w zawodzie po zakończeniu stażu.

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

**Sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych: program stażu, zaświadczenie, opinia, sprawozdanie.**

**Akceptuję:**

**……………………….. ……………………………………**

/Podpis i pieczęć Dyrektora PUP/ /Podpis i pieczęć Pracodawcy