**Miejsko - Gminny**

**Ośrodek Pomocy Społecznej**

**w Nowej Sarzynie**

Załącznik nr 1 do Wniosku o organizację stażu

**PROGRAM STAŻU**

do projektu „ Aktywni pomimo ...”

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa zawodu lub specjalności, zgodnie z klasyfikacją zawodów** **i specjalności dla potrzeb rynku****pracy** |  |
| **Stanowisko pracy** |  |
| **Okres odbywania stażu**(wypełnia Beneficjent) | od |  | do |  |
| **Zakres zadań wykonywanych przez stażystę** |
| **I - VI miesiąc** | 1. Przyjęcie stażysty do organizacji – pierwsze dni na stażu* Rozmowa z pracodawcą i przekazanie stażyście podstawowych informacji o firmie / instytucji

- Historia firmy- Struktura firmy i najważniejsze zadania jednostek organizacyjnych- Sposób organizacji pracy- Kultura organizacji/wartości/zasady i kodeksy etyczne* Omówienie z opiekunem stażu programu przebiegu stażu
* Zapoznanie stażysty z:

- Zasadami pracy kierownika/opiekuna stażu- Organizacja pracy na stanowisku pracy i komórce organizacyjnej- Dokumentami ( regulaminem pracy, organizacyjnym, wynagradzania, premiowania i nagradzani, procedurami , instrukcjami i formularzami występującymi na stanowisku pracy)- Współpracownikami- innymi działami w firmie/instytucji* Przeszkolenie stażysty w zakresie przepisów BHP i PPOŻ

Comiesięczne spotkania z opiekunem stażu omawiające jego przebieg, poziom opanowania zadań zawodowych, sprawozdanie z przebiegu stażu zawodowego.**3. Zakończenie stażu*** Omówienie sprawozdania końcowego z przebiegu stażu
* Wydanie opinii o przebiegu stażu zawodowego

Podsumowanie przebiegu stażu i ustalenia na przyszłość |
| **Rodzaj uzyskanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych** |  |
| **Imię i nazwisko opiekuna** |  |
| **Stanowisko zajmowane przez opiekuna** |  |
| **Posiadane kwalifikacje i uprawnienia zawodowe opiekuna** |  |
| **Sposób potwierdzenia nabytych przez stażystę kwalifikacji lub umiejetności zawodowych** |  |

Pracodawca (data, pieczęć i podpis) Beneficjent (data, pieczęć i podpis)