Załącznik nr 2 do wniosku o skierowanie na staż

ze środków PFRON

|  |
| --- |
| **Program stażu** |

1. Nazwa stanowiska, zawodu lub specjalności, którego program dotyczy:………………..…………………

…………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………….

(nazwa stanowiska)

1. Zakres zadań zawodowych wykonywanych przez osobę niepełnosprawną w czasie odbywania stażu:

* Zapoznanie się ze strukturą organizacyjną, regulaminem pracy.
* Zapoznanie się z obowiązkami i uprawnieniami stażysty.
* Przeszkolenie BHP i p.poż.
* ...........................................................................................................................................................
* ...........................................................................................................................................................
* ...........................................................................................................................................................
* ...........................................................................................................................................................
* ...........................................................................................................................................................
* ...........................................................................................................................................................
* ...........................................................................................................................................................
* ...........................................................................................................................................................
* ...........................................................................................................................................................
* ......................................................................................................................................................
* Podsumowanie i zakończenie stażu.

1. Kwalifikacje lub umiejętności zawodowe pozyskane w trakcie odbywania stażu

***…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..***

Po zakończeniu realizacji powyższego programu **wydam opinię** zawierającą informacje   
o zadaniach realizowanych przez osobę niepełnosprawną i umiejętnościach praktycznych pozyskanych w trakcie stażu.

……………………………………………….

(pieczęć i podpis Organizatora stażu)