Załącznik nr 1

**Program stażu uczniowskiego**

**dla uczestników projektu „Twój czas na staż’**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i adres pracodawcy |  |
| Krótka charakterystyka działalności pracodawcy |  |
| Miejsce realizacji stażu |  |
| Dobowy wymiar czasu odbywania stażu uczniowskiego |  |
| Tygodniowy wymiar czasu odbywania stażu uczniowskiego |  |
| Stanowisko pracy |  |
| Imię i nazwisko stażysty |  |
| Nazwa szkoły |  |
| Kierunek kształcenia |  |
| Imię i nazwisko opiekuna stażysty |  |
| Imię i nazwisko lidera szkolnego |  |

1. **Predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne, poziom wykształcenia oraz dotychczasowe kwalifikacje zawodowe stażysty**

|  |
| --- |
|  |

1. **Cele edukacyjne (kompetencje i umiejętności), które osiągnie stażysta**

|  |
| --- |
|  |

1. **Procedury wdrażania stażysty do pracy**

|  |
| --- |
|  |

1. **Ramowy rozkład tematyczny stażu uczniowskiego**

|  |  |
| --- | --- |
| **Temat** | **Liczba godzin** |
|  |  |
|  |  |

1. **Zakres obowiązków stażysty**

|  |
| --- |
|  |

1. **Wyposażenie stanowiska pracy stażysty**

|  |
| --- |
|  |

1. **Procedury monitorowania stopnia realizacji treści i celów edukacyjnych**

|  |
| --- |
|  |

Program opracowali:

Lider Szkolny:

imię………………………………………………………………..

nazwisko...............................................................................

W imieniu Podmiotu przyjmującego na staż:

Opiekun stażysty:

imię.............................................................................................................

nazwisko...................................................................................................

stanowisko...............................................................................................

Program zatwierdził:

Dyrektor Szkoły

…………………………………………………………….

(podpis i pieczęć)