

**Program stażu uczniowskiego
dla uczestników projektu „Twój czas na staż”**

Nazwa i adres pracodawcy	
Krótką charakterystyką 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**

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

3. Procedury wdrażania stażysty do pracy

4. Ramowy rozkład tematyczny stażu uczniowskiego

Temat	Liczba godzin dla każdego tematu	Zakres zwolnienia ucznia z obowiązku odbywania praktycznej nauki zawodu (T/N)/uwagi

Temat	Liczba godzin dla każdego tematu	Zakres zwolnienia ucznia z obowiązku odbywania praktycznej nauki zawodu (T/N)/uwagi



5. Zakres obowiązków stażysty

6. Wyposażenie stanowiska pracy stażysty

7. 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)

