



Załącznik nr 2 do Umowy na realizację stażu/praktyki
- Ramowy program stażu/praktyki

RAMOWY PROGRAM STAŻU/PRAKTYKI

Imię i nazwisko uczestnika stażu/praktyki:

Nazwa zawodu/stanowisko:

Nazwa Pracodawcy:

Numer Umowy na realizację stażu/praktyki:

Numer Porozumienia/Umowy w sprawie realizacji stażu/praktyki:

Wymiar czasu stażu/praktyki (liczba godzin stażu/praktyki):

Imię i nazwisko Opiekuna uczestnika stażu/praktyki:

Imię i nazwisko Opiekuna merytorycznego stażu/praktyki:



RAMOWY PROGRAM STAŻU/PRAKTYKI		
Liczba godzin	ZAKRES CZYNNOŚCI I ZADAŃ	KOMPETENCJE I UMIEJĘTNOŚCI (cele edukacyjne)
	<p>Zapoznanie uczestnika z:</p> <ul style="list-style-type: none"> • strukturą organizacyjną przedsiębiorstwa, • organizacją pracy w przedsiębiorstwie, • instrukcjami, regulaminami i przepisami bhp i ppoż., • uprawnieniami i odpowiedzialnością na poszczególnych stanowiskach pracy, • zakresem czynności, • zasadami współpracy w zespole • organizacją procesu technologicznego/produkcyjnego/usługowego w przedsiębiorstwie • szczegółowymi zasadami dotyczącymi wyposażenia stanowiska pracy <p>Stażysty/Praktykanta</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
	<p>Samodzielne wykonywanie czynności związanych z procesem produkcyjnym i / lub usługowym np. organizowanie i nadzorowanie przebiegu procesów wytwarzania maszyn i urządzeń, ze szczególnym uwzględnieniem doboru materiałów, oprzyrządowania i parametrów technicznych procesu – zgodnie z dokumentacją</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	



RAMOWY PROGRAM STAŻU/PRAKTYKI		
Liczba godzin	ZAKRES CZYNNOŚCI I ZADAŃ	KOMPETENCJE I UMIEJĘTNOŚCI (cele edukacyjne)
	
	Inne:	

Potwierdzamy, że niniejszy Ramowy program stażu/praktyki **został uzgodniony i zatwierdzony** przez Pracodawcę i Szkołę – Opiekuna merytorycznego stażu/praktyki, jak również że jego zakres oraz treści wykraczają poza obowiązkową podstawę programową w zawodzie

.....

.....
Data, podpis Opiekuna merytorycznego stażu/praktyki

.....
Data, podpis Opiekuna uczestnika stażu/praktyki

.....
Data, podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Pracodawcy