*CAZ-OS\_D5/1*

**Załącznik nr 1 do oświadczenia bezrobotnego rozpoczynającego uczestnictwo w stażu**

………………………………………………………………………..

(imię i nazwisko osoby odbywającej staż)

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

(adres zamieszkania)

……………………………………………………………………………..

PESEL………………………………………………………..

Data urodzenia…………………………………………

***SPRAWOZDANIE Z PRZEBIEGU STAŻU***

1. **Okres odbywania stażu:**

…………………………………………………………………………………………………

1. **Miejsce odbywania stażu:**

…………………………………………………………………………………………………

(pełna nazwa organizatora)

1. **Opiekun osoby odbywającej staż:**

…………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko, stanowisko)

1. **Nazwa zawodu lub specjalności, której dotyczy sprawozdanie:**

…………………………………………………………………………………………………

 **Zakres zadań realizowanych podczas odbywania stażu:** ……………………………………………………………………….……………………………........................………………………………………………………………………………….……………………………........................………………………………………………………………………………….……………………………........................………………………………………………………………………………….……………………………........................………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Umiejętności zawodowe uzyskane podczas odbywania stażu:**

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

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

**Kwalifikacje zawodowe uzyskane podczas odbywania stażu:**

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

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

……....…………………………………………………

(data i podpis osoby odbywającej staż)

Potwierdzam prawdziwość informacji zawartych w niniejszym sprawozdaniu.

……………………………………………

(podpis i pieczęć imienna Opiekuna)

|  |  |
| --- | --- |
| .…………………………………..(data zwrotu sprawozdania do Urzędu Pracy Powiatu Krakowskiego i podpis stażysty) | ………………………………………………(data i podpis pracownika Urzędu Pracy Powiatu Krakowskiego przyjmującego sprawozdanie) |