**Załącznik nr 12**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i Nazwisko Stażysty** |  | | |
| **Stanowisko / zawód** |  | | |
| **Nazwa zakładu pracy** |  | | |
| **Imię i nazwisko opiekuna** |  | | |
| **Okres realizacji stażu** |  | **Planowana liczba godzin** | **150** |

**Harmonogram realizacji stażu uczniowskiego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Data** | **Godziny[[1]](#footnote-1)**  **od … do …** | **Ilość godzin** | **Lp.** | **Data** | **Godziny 1**  **od … do …** | **Ilość godzin** |
| **1** |  |  |  | **12** |  |  |  |
| **2** |  |  |  | **13** |  |  |  |
| **3** |  |  |  | **14** |  |  |  |
| **4** |  |  |  | **15** |  |  |  |
| **5** |  |  |  | **16** |  |  |  |
| **6** |  |  |  | **17** |  |  |  |
| **7** |  |  |  | **18** |  |  |  |
| **8** |  |  |  | **19** |  |  |  |
| **9** |  |  |  | **20** |  |  |  |
| **10** |  |  |  | **21** |  |  |  |
| **11** |  |  |  | **22** |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………  data | …………………………………  podpis Stażysty i/lub opiekuna prawnego Stażysty | …………………………………  podpis opiekuna stażu |

Instrukcja wypełnienia:

1. Harmonogram realizacji stażu uczniowskiego uzgadniany jest przed rozpoczęciem Stażu pomiędzy Opiekunem stażu i Stażystą.

2. Opiekun stażu przekazuje harmonogram do RAR „Inwestor” przed dniem rozpoczęcia stażu (osobiście lub w formie skanu na adres e-mail podany w umowie).

3. Suma godzin w harmonogramie powinna wynosić dokładnie 150 godzin.

1. W przypadku ucznia niepełnosprawnego w wieku powyżej 16 lat, w uzasadnionych przypadkach wynikających ze specyfiki jego funkcjonowania, dopuszcza się możliwość obniżenia dobowego wymiaru godzin stażu uczniowskiego do 7 godzin (tj. 35 godzin tygodniowo). [↑](#footnote-ref-1)