

.....
pieczęć organizatora**OPINIA DOTYCZĄCA PRZEBIEGU STAŻU****Okres odbywania stażu od.....do.....**

I. DANE ORGANIZATORA		
1.	Nazwa lub imię i nazwisko	
2.	Siedziba	
3.	Miejsce prowadzenia działalności	
4.	Adres do doręczeń	
5.	NIP	
6.	REGON	
7.	Forma prawna prowadzonej działalności	
8.	PESEL	
Wypełnić w przypadku braku numeru PESEL		
9.	Data i miejsce urodzenia	
10.	Rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość	
11.	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	
II. DANE OSOBY ODBYWAJĄCEJ STAŻ		
1.	Imię i nazwisko	
2.	PESEL	
Wypełnić w przypadku braku numeru PESEL		
3.	Data i miejsce urodzenia	
4.	Płeć	
5.	Rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość	
6.	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	
7.	Adres zamieszkania	
8.	Adres do doręczeń	

1. Nazwa i symbol cyfrowy zawodu lub specjalności, zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy, których dotyczy staż:
.....
2. Nazwa stanowiska pracy:
3. Nazwa komórki organizacyjnej, w której był odbywany staż o ile występuje u organizatora:.....
4. Opiekun stażysty:
Imię i nazwisko:
Stanowisko:
5. Zakres oraz opis zadań zawodowych, które były wykonywane podczas stażu przez niepełnosprawnego poszukującego pracy niepozostającego w zatrudnieniu:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
6. Zakres wiedzy i umiejętności zawodowych nabytych przez niepełnosprawnego poszukującego pracy niepozostającego w zatrudnieniu:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....

podpis opiekuna stażysty

.....

podpis i (pieczęć) Organizatora