**UMOWA O STAŻ ZAWODOWY**

**Z UCZNIEM/SŁUCHACZEM**

**w ramach projektu pn: „Podniesienie jakości szkolnictwa zawodowego pomorskich medycznych szkół policealnych- etap II” w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021- 2027 ( Działanie: FEMP.05.08. Edukacja ogólna i zawodowa) współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus oraz**

 **z budżetu państwa.**

zawarta w dniu ……………………… w Starogardzie Gdańskim

pomiędzy :

Pomorską Medyczną Szkołą Policealną w Starogardzie Gdańskim reprezentowanym przez:

**Teresę Burczyk** – dyrektora szkoły

zwanym dalej Szkołą

a uczniem/słuchaczem ………… ………………………………………………………………………….

legitymującym/cą się dowodem osobistym o numerze…………………………….

data urodzenia….…........, miejsce urodzenia……………………………………….

adres zamieszkania …………………………………………………………………

numer PESEL……………………….. numer legitymacji szkolnej[[1]](#footnote-1) ………………

zwanym dalej - Stażystą/tką,

**WARUNKI UMOWY**

**§ 1**

1. Staż zawodowy będzie realizowany zgodnie ze wskazaniami zawartymi w „Regulaminie wyboru projektów w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027” ( Rozdział 2.3.2. pkt. 5 „staże zawodowe inne niż staże uczniowskie”
2. Liczba godzin stażu zawodowego wynosi 70.
3. Pracodawca …(nazwa firmy…………………………..) przyjmujący na staż zawodowy, zwany dalej Pracodawcą, wskazuje miejsce odbywania stażu: (adres…………………………………)
4. Staż zawodowy będzie realizowany w okresie: od ……………….do …………….

**§ 2**

1. Za udział w stażu zawodowym Stażysta otrzymuje stypendium stażowe w wysokości 1.800 zł netto.
2. Stypendium stażowe jest wypłacane po odbyciu przez Stażystę stażu zawodowego w wymiarze 70 godz. u pracodawcy i miejscu wskazanym w § 1. ust. 3
3. W celu otrzymania stypendium Stażysta wypełnia wniosek, którego wzór stanowi załącznik nr 1, i dołącza do niego dokumenty potwierdzające zrealizowanie stażu zawodowego, wymienione w ust. 4..
4. Dowodami potwierdzającymi zrealizowanie stażu zawodowego są:
5. uzupełniony dziennik stażu zawodowego stanowiącego załącznik nr 2,
6. zaświadczenie o ukończeniu stażu zawodowego stanowiące załącznik nr 3,
7. opinię o odbytym stażu zawodowym stanowiącą załącznik nr 4.
8. Kwota stypendium zostanie przelana na konto bankowe wskazane przez Stażystę we wniosku, o którym mowa w ust. 3.
9. W celu otrzymania zwrotu kosztów za dojazd do miejsca odbywania stażu zawodowego Stażysta wypełnia wniosek o zwrot kosztów dojazdu do miejsca odbywania stażu, stanowiący załącznik nr 5.
10. Maksymalna kwota zwrot kosztów dojazdu do miejsca odbywania stażu wynosi 200 zł.
11. Usprawiedliwiona nieobecność Stażysty dopuszczalna jest w wymiarze pozwalającym na realizację co najmniej 70 godzin w okresie, w którym staż się odbywa, pod warunkiem, że będzie to zgodne z organizacją pracy obowiązującą u Pracodawcy i Pracodawca wyrazi na to zgodę.

**§ 3**

1. Staż zawodowy jest realizowany zgodnie z programem stażu zawodowego, stanowiącym załącznik nr 6.
2. Stażysta ma przydzielonego opiekuna stażu zawodowego, który pełni nadzór nad prawidłową realizacją stażu zawodowego.
3. Opiekun stażu zawodowego jest wyznaczony przez Pracodawcę
4. Po zrealizowanym stażu zawodowym opiekun składa podpis w wypełnionym przez stażystę dzienniku stażu, stanowiącym załącznik nr 2.
5. Na jednego opiekuna stażu zawodowego przypada maksymalnie 2-ch Stażystów w jednej grupie.

**§ 4**

1. Stażysta zobowiązany jest do:
2. sumiennego i starannego wykonywania powierzonych zadań przez Opiekuna stażu,
3. bieżącego wypełniania dziennika stażu zawodowego stanowiącego załącznik nr 2 oraz przekazania go opiekunowi stażu do podpisu,

**§ 5**

Pracodawca zapewnia Stażyście:

a) odpowiednio wyposażone stanowisko pracy,

b) szkolenie na zasadach przewidzianych dla pracowników w zakresie BHP oraz przepisów przeciwpożarowych,

c) nadzór nad odbywaniem stażu zawodowego,

d) monitorowanie nabywania nowych umiejętności przez Stażystę,

e) informację zwrotną w zakresie nabytych przez Stażystę umiejętności w postaci:

- zaświadczenie potwierdzające odbycie stażu zawodowego, stanowiące załącznik nr 3,

- opinii o odbytym stażu zawodowym, która stanowi załącznik nr 4,

**§ 6**

1. Stażysta niniejszym oświadcza, że zapoznał się i wyraża zgodę na warunki zawarte w niniejszej umowie.
2. Wszelkie zmiany i uzupełnienia umowy wymagają formy pisemnej.
3. Stażysta oświadcza, że zapoznał się z treścią Regulaminu stażu zawodowego.
4. Umowa wejdzie w życie z dniem podpisania jej przez obie strony.

Data: ………………………………

……………………………… ……………………………

 (Stażysta) (Szkoła)

Załączniki :

Załącznik nr 1. Wniosek o wypłatę stypendium stażowego

Załącznik nr 2. Dziennik stażu zawodowego

Załącznik nr 3. Zaświadczenie o ukończeniu stażu zawodowego

Załącznik nr 4. Opinia o odbytym stażu zawodowym

Załącznik nr 5. Wniosek o zwrot kosztów dojazdu,

Załącznik nr 6. Program stażu zawodowego

Załącznik nr 7. Regulamin stażu zawodowego

**Załącznik Nr 1**

………………………………… Miejscowość, dnia…………….……

(Imię i nazwisko Ucznia/Słuchacza)

……………………………….

 (kierunek kształcenia)

**WNIOSEK O PRZYZNANIE STYPENDIUM STAŻOWEGO**

Zwracam się z prośbą o przyznanie i wypłatę stypendium stażowego

**w ramach projektu pn: „Podniesienie jakości szkolnictwa zawodowego pomorskich medycznych szkół policealnych- etap II” w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021- 2027 ( Działanie: FEMP.05.08. Edukacja ogólna i zawodowa) współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus oraz**

**z budżetu państwa.**

Oświadczam, że w okresie od dnia …………………….. r. do ……………………… r.

uczestniczyłem/am w stażu zawodowym, który odbywał się

w ………………………………………………………………………………………………………………..

w łącznym wymiarze 70 godzin.

Do wniosku dołączam wypełniony dziennik praktyk oraz opinię o odbytym stażu zawodowym.

Proszę o wypłatę stypendium stażowego na rachunek bankowy wskazany w Umowie o staż zawodowy z Uczniem/Słuchaczem.

 ……………………………

 (Podpis ucznia/słuchacza)

Adnotacja Szkoły

Osoba wnioskująca spełnia/nie spełnia\* warunki do otrzymania stypendium stażowego za ww. okres.

Przyznano stypendium stażowe w wysokości …………….. zł.

Zatwierdził …………………………

 (Data i podpis)

\*niepotrzebne skreślić

**Załącznik Nr 2**

**DZIENNIK**

**STAŻU ZAWODOWEGO**

w zawodzie

**…………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………**

(imię i nazwisko uczestnika projektu)

czas realizacji stażu zawodowego:

………………………………….

Projekt:

**„Podniesienie jakości szkolnictwa zawodowego pomorskich medycznych szkół policealnych- etap II” w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021- 2027 ( Działanie: FEMP.05.08. Edukacja ogólna i zawodowa) współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus oraz z budżetu państwa.**

|  |  |
| --- | --- |
| **MIEJSCE STAŻU** | **……………………………………………………………………..** |
| **OPIEKUN STAŻU** | **……………………………......................................................** |

Dziennik należy uzupełniać systematycznie w systemie tygodniowym.
W kolumnie „Opis czynności” należy wpisywać rodzaj obserwowanych lub wykonywanych czynności.

Dział: ……………………………………………………………………………………..…….

Termin realizacji: …………………………..………………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data** | **Opis czynności** | **Liczba godzin** |
|  |  |  |

Czytelny podpis stażysty ……………..……………………………………………….…..

Czytelny podpis opiekuna …………………………………………………………………

Dział: ……………………………………………………………………………………..…….

Termin realizacji: …………………………..………………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data** | **Opis czynności** | **Liczba godzin** |
|  |  |  |

Czytelny podpis stażysty ……………..……………………………………………….…..

Czytelny podpis opiekuna …………………………………………………………………

Dział: ……………………………………………………………………………………..…….

Termin realizacji: …………………………..………………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data** | **Opis czynności** | **Liczba godzin** |
|  |  |  |

Czytelny podpis stażysty ……………..……………………………………………….…..

Czytelny podpis opiekuna …………………………………………………………………

Dział: ……………………………………………………………………………………..…….

Termin realizacji: …………………………..………………………………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data** | **Opis czynności** | **Liczba godzin** |
|  |  |  |

Czytelny podpis stażysty ……………..……………………………………………….…..

Czytelny podpis opiekuna …………………………………………………………………

Łączna liczba zrealizowanych godzin:…………………………………………………..

**Załącznik Nr 3**

…………………………………….

 (Pieczęć podłużna Pracodawcy)

**ZAŚWIADCZENIE**

**o ukończeniu stażu zawodowego**

Pan(i)……………………………………………………………………………....................

(imię i nazwisko stażysty)

urodzony(a) w dniu …………………19…… r. w…………………………………………..

ukończyła w roku szkolnym 2024/2025 w zawodzie ……………………

z wynikiem\*………………………………………

**STAŻ ZAWODOWY**

w

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

(nazwa i adres placówki, w której odbywał się staż)

**w ramach projektu pn: „Podniesienie jakości szkolnictwa zawodowego pomorskich medycznych szkół policealnych- etap II” w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021- 2027 ( Działanie: FEMP.05.08. Edukacja ogólna i zawodowa) współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus oraz**

 **z budżetu państwa.**

w dniach od …………….……. do …………………….. r.

w wymiarze **70 godzin**

 ………………………

 (podpis Opiekuna stażu)

……………………………………

 (Data)

\*Skala ocen: celujący, bardzo dobry, dobry, dostateczny, dopuszczający

**Załącznik Nr 4**

 Miejscowość, dnia………………………

**OPINIA O ODBYTYM STAŻU ZAWODOWYM**

Pan(i)………………………………………………………………………….................... (imię i nazwisko stażysty)

Nazwa kierunku ………………………………………………………………………….

Odbył/a staż zawodowy od dnia .......................... do dnia ………………… zgodnie

z programem stażu

**w ramach projektu pn: „Podniesienie jakości szkolnictwa zawodowego pomorskich medycznych szkół policealnych- etap II” w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021- 2027 ( Działanie: FEMP.05.08. Edukacja ogólna i zawodowa**) **współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus oraz z budżetu państwa.**

w

……………………………………………………………………………………………………………. nazwa i adres placówki, w której odbywał się staż).

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

Liczba dni nieobecnych ……., w tym: usprawiedliwionych ……, nieusprawiedliwionych …... .

Wymiar czasu trwania stażu 70 godzin.

Charakter wykonywanej pracy \*):

Obserwacyjna, pomocnicza, częściowo samodzielna, samodzielna.

**Zadania realizowane przez stażystę w okresie odbywania stażu:**

* …………………………………………………………………………………………
* ………………………………………………………………………………………
* …………………………………………………………………………………………
* …………………………………………………………………………………………
* …………………………………………………………………………………………
* …………………………………………………………………………………………
* …………………………………………………………………………………………

**Zdobyte przez stażystę umiejętności** (kompetencje):

* …………………………………………………………………………………………
* …………………………………………………………………………………………
* …………………………………………………………………………………………
* …………………………………………………………………………………………
* …………………………………………………………………………………………
* …………………………………………………………………………………………

**Ocena ogólna pracy Stażysty**: (celujący, bardzo dobry, dobry, dostateczny, dopuszczający)

 …………………………………………………………………………………………..

Uwagi o Stażyście:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

……………………… ………….……………………

 (pieczęć Zakładu Pracy) (Data, podpis Opiekuna stażu)

…………………………………..

 (podpis Stażysty)

\* niepotrzebne skreślić

**Załącznik Nr 5**

**WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW NA DOJAZD DO MIEJSCA ODBYWANIA STAŻU**

1. Imię i nazwisko ………………………………………………………………………..
2. Daty dojazdów ………………………………………………………………………….
3. Potwierdzenie przejazdu środkiem transportu komunikacji publicznej (obowiązek załączenia kopii imiennej karty miejskiej lub jednorazowych biletów)
4. Kwota do zwrotu: ……………………………………………….…………………..
5. Nr konta ………………………………………………………………………………

………………………………… ……………………..………..

 (Miejscowość, data) (Podpis ucznia/słuchacza)

1. W przypadku posiadania ważnej legitymacji szkolnej. [↑](#footnote-ref-1)