

PROGRAM TRENINGU

Nazwa zawodu lub specjalności, której program dotyczy, zgodnie ze strukturą klasyfikacji zawodów i specjalności (rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania – t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 227 z późn. zm.):

.....

| |
|---|
| Nazwa komórki organizacyjnej i stanowiska pracy oraz zakres zadań wykonywanych przez Uczestnika Projektu w ramach Treningu |
| |

Dane Trenera dla Uczestnika Projektu:

Imię i nazwisko:

Stanowisko:

Rodzaj uzyskanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych przez Uczestnika Projektu objętego Treningiem:

.....
.....

Uczestnik Projektu wykonywać będzie czynności lub zadania w wymiarze czasu obowiązującym pracownika zatrudnionego na danym stanowisku pracy, z wyjątkiem pracy w niedziele i święta, w systemie pracy zmianowej, bez godzin nocnych.¹

.....
(podpis i pieczęć wnioskodawcy)

¹W wyjątkowych sytuacjach, Uczestnik Projektu, może wyrazić zgodę na realizację Treningu w niedziele i święta, w porze nocnej lub w systemie pracy zmianowej, o ile charakter pracy w danym zawodzie wymaga takiego rozkładu czasu pracy

Program Treningu

