

PROGRAM STAŻU

1. Nazwa zawodu/stanowiska odbywania stażu:
2. Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:
3. Termin stażu:
4. Dane Opiekuna Stażysty:
Imię i nazwisko:
Stanowisko w zakładzie pracy:

Kierunkowe efekty kształcenia	Zakres zadań i czynności
Wiedza podstawowa i kierunkowa	
Umiejętności	
Kompetencje społeczne	

Oświadczam, że program jest spójny z celami sformułowanymi w dokumencie strategicznym dla regionu świętokrzyskiego, na obszarze którego funkcjonuje uczelnia i na którego potrzeby realizowane jest kształcenie w ramach projektu, tj. ze Strategią Badań i Innowacyjności (RIS3) „Od absorpcji do rezultatów – jak pobudzić potencjał województwa świętokrzyskiego 2014-2020+”, w tym z następującymi inteligentnymi specjalizacjami: branża targowa - kongresowa, inteligentna administracja oraz technologie informatyczno- komunikacyjne.

.....
Podpis Realizatora Stażu

.....
Podpis Organizatora Stażu

Oświadczam, że zapoznałam/em się z programem stażu, przyjmuję do wiadomości i akceptuję treści w nim zawarte. Zobowiązuję się do realizacji zadań stażowych zgodnie z programem stażu.

.....
Podpis Stażysty