



.....  
pieczęć zakładu pracy

## OPINIA PRACODAWCY O UCZESTNIKU / UCZESTNICZCE STAŻU WSPIERANEGO

Miejsce realizacji stażu: pełna nazwa zakładu pracy, adres

Imię i nazwisko Opiekuna Stażysty /ki: .....

150 godzin

Łączny wymiar godzin /Termin realizacji praktyk

DANE UCZNIWA/UCZENNICY:			
Nazwisko i imiona			
Szkoła	Szkoła Specjalna Przystosowująca do Pracy	Klasa	

Ocena umiejętności praktycznych:		Ocena poziomu wiedzy, objętej programem stażu:	
Oceniany obszar	Ocena w skali 1-6/ <b>średnia ocena</b>	Oceniany zakres wiedzy	Ocena w skali 1-6/ <b>średnia ocena</b>
Wykorzystywanie wiadomości teoretycznych potrzebnych do wykonywania zadań		Zakresy czynności i kompetencje pracowników	
Organizacja stanowiska pracy: przygotowanie i rozmieszczenie sprzętu, utrzymanie porządku w miejscu pracy:		Wewnętrzna organizacja zakładu pracy i obowiązujący regulamin	
Wykonywanie zadań: poprawność, jakość, stopień samodzielności i pracowitość,:		Prawa i obowiązki pracownika i pracodawcy	
Postawa zawodowa: przestrzeganie przepisów, kultura osobista, kultura pracy, dyscyplina pracy:		Wymagania pracodawcy: warunki zatrudnienia, kwalifikacje, inne.	
Obsługa urządzeń i sprzętu			

**Ogólna średnia ocena stażu uczniowskiego:**

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis Opiekuna Stażysty/ki