.......................................... dnia .................................

...........................................................

(pieczątka Organizatora stażu)

**Powiatowy Urząd Pracy w Chorzowie**

**I.WYPEŁNIA ORGANIZATOR STAŻU:**

Zwracam się z prośbą o przesłużenie okresu odbywania stażu przez:

Pana/nią ...................................................................................................................................................

Pesel .................................................Nr Umowy .................................................. z dnia .........................

Uzasadnienie: ...........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..........................................................................

(pieczątka i podpis Organizatora stażu)

**II. WYPEŁNIA STAŻYSTA:**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przedłużenie okresu odbywania stażu

.......................................................................

(data i podpis stażysty)