.......................................... 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)