……………………………………………. …………………………………

 (Miejscowość i data)

…………………………………………….

…………………………………………….

(Dane organizatora lub Imię i Nazwisko stażysty)

**Powiatowy Urząd Pracy w Mońkach**

ul. Wyzwolenia 22

19-100 Mońki

**WNIOSEK O PRZERWANIE STAŻU**

Jako organizator stażu / osoba odbywająca staż\* wnioskuję o przerwanie stażu z dniem …………………. z powodu(proszę szczegółowo uzasadnić):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………

**Jestem świadoma/y konsekwencji wynikających z przerwania stażu na własny wniosek.**

……………………………………………..………………………………..

(podpis wnioskodawcy)

**Informacje uzyskane od osoby odbywającej staż / organizatora stażu\* (uzupełnia PUP w Mońkach)**

……………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………

**Opinia pracownika Powiatowego Urzędy Pracy rozpatrującego sprawę:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………

**Decyzja Dyrektora:**

Proszę o przerwanie stażu z dniem ……………..………..……………..……….
oraz pozostawienie osoby bezrobotnej w ewidencji / wyłączenie osoby bezrobotnej z ewidencji\*

Uwagi:

…………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………….

……………………………………………..………………………………..

(data i podpis Dyrektora)