

Dohoda o zabezpečení súvislej odbornej praxe

Názov organizácie: Stredná odborná škola drevárska, Filinského 7, 052 01 Spišská Nová Ves
tel. č. 053/4424246 fax: 053/4425156 E-mail: sosd@sosdsnv.sk
IČO: 42096642

Názov podniku:

Adresa:

Tel., fax , E-mail

IČO:

uzatvárajú

dohodu o zabezpečení individuálnej odbornej praxe pre:

Meno, priezvisko.....

Žiaka.....triedy SOŠ drevárskej v Spišskej Novej Vsi, študijný odbor :.....

Adresa:

Telefón:

Rodné číslo:

Subjekty dohody sa zaväzujú k nasledovnému:

P o d n i k

1. Zabezpečí vo svojej prevádzke individuálnu odbornú prax v termíne: **Od:..... do:..... 2024**
2. Dodrží 7-hodinový denný pracovný čas praktikanta (praktikantky).
3. Poskytne praktikantom priestor pre aplikáciu a rozvoj ich vedomostí a zručností.
4. Poverí vedením praxe svojho pracovníka(meno a funkcia), ktorý praktikanta oboznámi s činnosťou podniku, podá usmernenia v priebehu praxe, garantuje dodržanie požadovanej náplne praxe a na záver vypracuje hodnotenie praktikanta v denníku z praxe.
5. V priebehu praxe umožní kontrolu praktikanta (praktikantky) zo strany školy.

Š k o l a

1. Poučí žiaka (žiačku) o priebehu praxe, náplni práce, pracovnej disciplíny.
2. Počas praxe vykoná kontrolu žiaka (žiačky) osobne alebo telefonicky prostredníctvom zodpovednej osoby.

Poznámka: Za bezpečnosť a ochranu žiaka (žiačky) počas praxe zodpovedá podľa Zákonníka práce organizácia alebo fyzická osoba, s ktorou bola uzatvorená dohoda a kde žiak (žiačka) vykonáva prax.

Učebná osnova praxe:

- poučenie o organizácii práce, základných bezpečnostných predpisoch, zásadách prvej pomoci a požiarnej ochrany
- precvičovanie činností v zmysle tematického plánu predmetu odborná prax .
Za organizačné zabezpečenie praxe zodpovedá za SOŠ drevársku Ing. Vladimír Záborský, zástupca riaditeľa školy pre praktické vyučovanie.

.....
pečiatka a podpis zástupcu podniku

.....
Ing. Vladimír Jančík, riaditeľ školy

P o t v r d e n i e

Súhlasím, aby môj syn/dcéražiak:..... triedy SOŠ drevárskej v Spišskej Novej Vsi, Filinského 7, absolvoval v termíne od :.....do:.....(..... pracovných dní).individuálnu odbornú prax v :

.....
(n á z o v a s í d l o o r g a n i z á c i e)

Dátum, podpis zákonného zástupcu: