



PLÁN REALIZACE ODBORNÉ PRAXE

I. Uchazeč o zaměstnání		ABSOLVENT	
Jméno a příjmení:	xxx		
Datum narození:	xxx		
Kontaktní adresa:	xxx		
Telefon:	xxx		
Zdravotní stav dobrý: /zaškrtněte/		xxx	
Omezení /vypište/:			xxx
V evidenci ÚP ČR od:	xxx		
Vzdělání:	xxx		
Znalosti a dovednosti:	xxx		
Pracovní zkušenosti:	xxx		
Absolvent se účastnil před nástupem na odbornou praxi v rámci aktivit projektu:		rozsah	druh
a) Poradenství	xxx		Xxx
	xxx		xxx
b) Rekvalifikace	xxx		

II. ZAMĚSTNAVATEL

Název organizace: SCHÄFER a SÝKORA s.r.o.
Adresa pracoviště: Cihlářská 1000/2, 408 01 Rumburk
Vedoucí pracoviště: xxx
Kontakt na vedoucího pracoviště: xxx

Zaměstnanec pověřený vedením
odborné praxe – **MENTOR**

Jméno a příjmení:

Kontakt:

Pracovní pozice/Funkce Mentora

Druh práce Mentora /rámec pracovní
náplně/

III. ODBORNÁ PRAXE

Název pracovní pozice absolventa: Referent, fakturant
Místo výkonu odborné praxe: Cihlářská 1000/2, 408 01 Rumburk
Smluvený rozsah odborné praxe: 40 hodin/týdně/12 měsíců
Kvalifikační požadavky na absolventa: xxx
Specifické požadavky na absolventa: xxx
Druh práce - rámec pracovní náplně absolventa: xxx

KONKRETIZUJTE STANOVENÍ CÍLŮ ODBORNÉ PRAXE A ZPŮSOB JEJICH DOSAŽENÍ:

PRŮBĚŽNÉ CÍLE:

Zadání konkrétních úkolů činnosti Xxx
/v případě potřeby doplňte řádky nebo doložte přílohou/

STRATEGICKÉ CÍLE:

Xxx
/v případě potřeby doplňte řádky nebo doložte přílohou/

VÝSTUPY ODBORNÉ PRAXE:

/doložte přílohou/

Název přílohy:	Datum vydání přílohy:
Příloha č. 8 Průběžné hodnocení absolventa	08/2017, 11/2017, 02/2018
Příloha č. 9 Závěrečné hodnocení absolventa	05/2018
Příloha č. 10 Osvědčení o absolvování odborné praxe	05/2018
Příloha: Reference pro budoucího zaměstnavatele*	05/2018

HARMONOGRAM ODBORNÉ PRAXE

Harmonogram odborné praxe, tj. časový a obsahový rámec průběhu odborné praxe je vhodné předjednat a konzultovat mezi zaměstnancem KrP a KoP ÚP ČR, mentorem a absolventem již před nástupem absolventa na odbornou praxi, aby jeho rámec byl zřejmý již před podepsáním Dohody o vyhrazení na společensky účelné pracovní místo a popřípadě Dohody o poskytnutí příspěvku na mentora. Podle aktuální situace a potřeby může být harmonogram doplňován nebo upravován.

/v případě potřeby doplňte řádky/

Měsíc/Datum	Aktivita	Rozsah	Zapojení Mentora
5/2017	Xxx	160	
6/2017	Xxx	160	
7/2017	Xxx	160	
8/2017	Xxx	160	
9/2017	Xxx	160	
10/2017	Xxx	160	
11/2017	Xxx	160	
12/2017	Xxx	160	
1/2018	Xxx	160	
2/2018	Xxx	160	
3/2018	Xxx	160	
4/2018	Xxx	160	

** V případě, že si zaměstnavatel účastníka neponechá v pracovním poměru po skončení odborné praxe, poskytne zaměstnavatel „Reference pro budoucího zaměstnavatele“, a to ve volné formě.*

*Schválil(a): dne.....
(jméno, příjmení, podpis)*