**F O R M U L A R Z Z G Ł O S Z E N I O W Y**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Dane organizatora |
| Firma lub imię i nazwisko : | |
| Siedziba: | |
| Miejsce prowadzenie działalności: | |
| Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania organizatora: | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2. | Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3. | Liczba przewidywanych miejsc pracy, na których bezrobotni będą odbywać staż. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4. | Imię i nazwisko oraz stanowisko opiekuna bezrobotnego odbywającego staż. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 5. | Proponowany okres odbywania stażu, nie krótszy niż 3 miesiące, nie dłuższy niż 5 miesięcy. |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 6. | Nazwa zawodu lub specjalności. | |  |
| 7. | Opis zadań zawodowych, jakie będą wykonywane podczas stażu przez robotnego. |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 8. | Wymagania dotyczące: |
| Predyspozycji psychofizycznych i zdrowotnych: | |
| Poziomu wykształcenia: | |
| Minimalnych kwalifikacji niezbędnych do podjęcia stażu przez bezrobotnego na danym stanowisku pracy: | |

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

data i podpis osoby przyjmującej wniosek podpis osoby/ób reprezentującej/ych firmę