



ZGŁOSZENIE WOLNEGO MIEJSCA STAŻU NR _____ Z DNIA _____

Realizacja w ramach: Funduszu Pracy Europejskiego Funduszu Społecznego program/projekt

I. Dane dotyczące organizatora stażu

1. Nazwa organizatora		2. Adres Ulica Kod i miejscowość	
3. Numer Identyfikacji Podatkowej	4. Podstawowy rodzaj działalności wg PKD		
5. Forma własności 1) prywatna 2) publiczna		Nr telefonu	
6. Oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności		Adres poczty elektronicznej	
		Miejsce zgłoszenia się osoby bezrobotnej:	
		7. Liczba zatrudnionych pracowników	
8. Imię i nazwisko organizatora lub imię i nazwisko, stanowisko osoby wskazanej przez organizatora do kontaktów z Powiatowym Urzędem Pracy Nazwisko i imię: Stanowisko: telefon Kontakt w godzinach			

II. Dane dotyczące zgłaszanego miejsca stażu

9. Nazwa zawodu	10. Kod zawodu	11. Nazwa stanowiska	12. Liczba wolnych miejsc stażu
13. Okres trwania stażu miesięcy od dnia:		14. Informacja o rozkładzie czasu odbywanego stażu (godz. od – do)	
15. Informacje o systemie czasu odbywania stażu - w niedzielę i święta <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE - w porze nocnej <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE - w systemie pracy zmianowej <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <i>jeżeli tak to w jakim</i> 1) jednozmianowa 2) dwie zmiany 3) trzy zmiany 4) ruch ciągły 5) inne nie.....		16. Miejsce wykonywania stażu	

17. Charakterystyka wykonywanej pracy w ramach odbywanego stażu zgodnie z programem stażu:

III. Dane dotyczące wymagań organizatora wobec kandydatów do odbywania stażu

18. Poziom wykształcenia Kierunek /Specjalność:

19. Uprawnienia/kwalifikacje:.....

20. Umiejętności:.....

21. Znajomość języków obcych: - język....., poziom: podstawowy biegły
- język:....., poziom : podstawowy biegły

22. Inne:.....

23. .Badania lekarskie NIE TAK jakie.....

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „tak” Organizator stażu przed powierzeniem bezrobotnemu wykonania zadań przewidzianych programem stażu na własny koszt kieruje bezrobotnego na wstępne badania lekarskie, na zasadach przewidzianych dla pracowników, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 229 § 8 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.

IV. Zobowiązanie do zatrudnienia po zakończonym stażu w ramach umowy o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy na okres:

1 miesiąca 3 miesięcy

V. ADNOTACJE URZĘDU PRACY (wypełnia pracownik Powiatowego Urzędu Pracy)

1. Wymagania pracodawcy zgodne z wnioskiem (podpis i pieczęć pracownika PUP)	2. Nr wniosku
3. Data przyjęcia zgłoszenia wolnego miejsca stażu do realizacji	4. Data odwołania zgłoszenia wolnego miejsca stażu, powód odwołania oferty
Pośrednik odpowiedzialny za realizację oferty	Data ostatecznego skierowania osoby bezrobotnej

ROZLICZENIE ZGŁOSZENIA WOLNEGO MIEJSCA STAŻU

Lp	Data przedłożenia propozycji stażu	Nazwisko i imię osoby skierowanej	Wynik skierowania:
1			
2			
3			
4			
5			