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 ……

Nr telefonu ……

Adres poczty elektronicznej ……..

Miejsce zgłoszenia się osoby bezrobotnej:

……...

3. Numer Identyfikacji Podatkowej

……..

4. Podstawowy rodzaj działalności wg PKD

…….

5. Forma własności 1) prywatna 2) publiczna

6. Oznaczenie formy organizacyjno - prawnej prowadzonej działalności:

……

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

14. Informacja o rozkładzie czasu odbywanego stażu:

- poniedziałek – piątek: w godz. od …… do ……
- sobota: w godz. od …….. do…….
- niedziela i święta: w godz. od ……. do …….

15. Informacje o systemie czasu odbywania stażu

- w niedzielę i święta ☐ TAK ☐ NIE
- w porze nocnej ☐ TAK ☐ NIE
- w systemie pracy zmianowej ☐ TAK ☐ NIE

jeżeli tak to w jakim

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 jakie……..

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:

☐ **3 miesięcy** ☐ **powyżej 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			