

.....
pieczęć Organizatora stażu

OFPR/...../..... (Adnotacja Urzędu)

ZGŁOSZENIE WOLNEGO MIEJSCA STAŻU

(w przypadku ubiegania się o różne stanowiska stażowe należy wypełnić następujące zgłoszenie)

Nazwa stanowiska	Liczba stanowisk	Nazwa zawodu zgodnie z Klasyfikacją zawodów i specjalności (www.psz.praca.gov.pl)	Kod zawodu	Miejsce odbywania stażu*: (adres z kodem pocztowym, nazwa komórki organizacyjnej)	Miejsce akceptacji kierowanych osób (adres z kodem pocztowym)						
			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								
Zakres zadań zawodowych (opisać rodzaj pracy oraz wskazać czynniki szkodliwe i uciążliwe)**			Minimalne kwalifikacje niezbędne do podjęcia stażu		Wymagania dotyczące predyspozycji psychofizycznych i zdrowotnych	Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych					
			a) wykształcenie b) kierunek/specjalność c) umiejętności d) inne (język-poziom znajomości)								
			W przypadku występowania czynników szkodliwych i uciążliwych na wnioskowanym stanowisku należy je wymienić:								

* U Organizatora działającego na podstawie CEiDG adres odbywania stażu musi być tożsamy z aktualnym wpisem w CEiDG

** Urząd zaakceptowaną osobą bezrobotną na staż kieruje na badania lekarskie w zakresie podstawowym zgodnie z zakresem zadań zawodowych, dodatkowe badania lekarskie potrzebne do realizowania zadań w trakcie odbywania stażu Organizator stażu wykonuje we własnym zakresie.

System pracy: zmianowość:, **godziny pracy: od** **do**, **od** **do**,

Dni tygodnia:

Dane opiekuna/opiekunów osoby/ osób odbywającej/ych staż <i>(opiekun może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż 3 osobami odbywającymi staż)</i>			
Imię i Nazwisko	Stanowisko	Numer telefonu	Liczba stażystów będących pod opieką w dniu złożenia wniosku

Dane kandydata/ów Organizatora, zarejestrowanego/ych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Łodzi (imię i nazwisko, data urodzenia):

.....

.....

.....

.....

podpis i pieczęć imienna Organizatora
lub osoby upoważnionej do reprezentowania Organizatora