

.....  
pieczęć Organizatora stażu

OFPR/...../..... (Adnotacja Urzędu)

**ZGŁOSZENIE WOLNEGO MIEJSCA STAŻU**

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

Nazwa stanowiska	Liczba stanowisk	Nazwa zawodu zgodnie z Klasyfikacją zawodów i specjalności (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"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>									
Zakres zadań wykonywanych przez bezrobotnego (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: ..... .....				Sposobem potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych będzie opinia wydana przez pracodawcę zawierająca informacje o zadaniach realizowanych przez bezrobotnego i umiejętnościach praktycznych pozyskanych w trakcie stażu.								

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

\*\* Urząd zaakceptowaną osobę 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: godziny pracy: od ..... do ....., Dni tygodnia: od ..... do .....**

**Dane opiekuna/opiekunów osoby/ osób odbywającej/ych staż**

*(opiekun może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż 3 osobami odbywającymi staż)*

Imię i Nazwisko	Stanowisko	Numer telefonu	Liczba stażystów będących pod opieką w dniu złożenia wniosku

Oświadczam o zapoznaniu osoby wskazanej jako opiekun osób odbywających staż z klauzulą stanowiącą załącznik do 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