



Projekt „Zintegrowany Program Rozwoju Uniwersytetu Przyrodniczego w Lublinie”- nr POWR.03.05.00-00-Z232/17
Załącznik nr 1

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY PRACODAWCY

w ramach projektu „Zintegrowany Program Rozwoju Uniwersytetu Przyrodniczego w Lublinie”
nr POWR.03.05.00-00-Z232/17
Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

| | |
|---|--|
| Nazwa Pracodawcy | |
| Adres Pracodawcy | |
| NIP | |
| REGON | |
| Strona www | |
| Branża/profil działalności | |
| Krótki opis firmy | |
| Osoba uprawniona do podpisania umowy na organizację stażu (Imię i nazwisko, stanowisko) | |
| Osoba do kontaktu (Imię i nazwisko, stanowisko, e-mail, telefon kontaktowy) | |
| Osoba/y wyznaczona/e do opieki nad Stażyst(k)ą/ami – Opiekun/owie stażysty (Imię i nazwisko, stanowisko, e-mail, telefon kontaktowy) | |
| Deklarowana liczba miejsc stażowych (od 1 do 2/Opiekuna Stażysty) | |
| Nazwy stanowisk/nazwy działów, w których staż/staże będą realizowane, wymagane kwalifikacje | |
| Czy oferta jest dostępna dla osób z niepełnosprawnością | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| Oświadczam, że Pracodawca | |



Projekt „Zintegrowany Program Rozwoju Uniwersytetu Przyrodniczego w Lublinie”- nr POWR.03.05.00-00-Z232/17

| | |
|--|--|
| wyznaczy Opiekuna/kę Stażu i przygotuje odpowiednie stanowisko pracy dla Stażysty/ki umożliwiające realizację stażu w oparciu o program stażu przygotowany przy współpracy Pracodawcy, Organizatora i Stażysty | (data i czytelny podpis Pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Pracodawcy) |
| Oświadczam, że firma Pracodawcy nie jest w stanie likwidacji i upadłości. | (data i czytelny podpis Pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Pracodawcy) |

.....
Pieczęć firmowa

.....
(data i czytelny podpis Pracodawcy
lub osoby upoważnionej
do reprezentowania Pracodawcy)

Oświadczam, że firma jest wiarygodna merytorycznie i finansowo oraz cieszy się dobrą opinią.

.....
(data i czytelny podpis Pracodawcy
lub osoby upoważnionej
do reprezentowania Pracodawcy)