**Zgłoszenie zamiaru zorganizowania miejsca odbywania stażu zawodowego   
dla Uczestnika/Uczestniczki projektu**

**„*Kierunek praca. Kompleksowe wsparcie dla bezrobotnych mieszkańców powiatów lubaczowskiego, przemyskiego ziemskiego i przeworskiego w wieku 30+*”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DANE FIRMY/INSTYTUCJI** | | |
|  | **Pełna nazwa firmy** |  |
|  | **Siedziba firmy** |  |
|  | **Adres do korespondencji** |  |
|  | **Telefon** |  |
|  | **e-mail** |  |
|  | **NIP** |  |
|  | **Branża** |  |
|  | **Forma prawna prowadzonej działalności** |  |
|  | **Liczba zatrudnionych osób** |  |
| **DANE DOTYCZĄCE STAŻYSTY** | | |
|  | **Imię i nazwisko stażysty** |  |
|  | **Wymagania dotyczące stażysty: wykształcenie, doświadczenie, inne (proszę wymienić jakie)** |  |
|  | **Okres stażu – data od …do …** |  |
|  | **Opiekun stażu (imię i nazwisko, stanowisko, wykształcenie, telefon,**  **e -mail)** |  |
|  | **Osoba do kontaktu w sprawie stażu - jeśli inna niż opiekun stażu** |  |
|  | **Nazwa stanowiska pracy przewidzianego dla stażysty** |  |
|  | **Zakres obowiązków stażysty** |  |
|  | **Tygodniowy harmonogram pracy stażysty (dni i godziny pracy)** |  |
|  | **Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji i/lub umiejętności zawodowych podczas stażu** |  |
|  | **Miejsce odbywania stażu tj. siedziba firmy lub jeśli inaczej proszę podać dokładny adres** |  |
|  | **Badania lekarskie (niezbędne badania lekarskie wymagane na zajmowanym stanowisku pracy)** |  |
| **OSOBY UPOWAŻNIONE DO PRZETWARZANIA DANYCH STAŻYSTY (NALEŻY PODAĆ DANE OSÓB, KTÓRE OPRÓCZ PRACODAWCY I OPIEKUNA BĘDĄ PRZETWARZAĆ DANE OSOBOWE STAŻYSTY)** | | |
|  | **Imię i nazwisko osoby przetwarzającej dane osobowe stażysty** |  |
|  | **Stanowisko osoby przetwarzającej dane osobowe stażysty** |  |
|  | **Imię i nazwisko osoby przetwarzającej dane osobowe stażysty** |  |
|  | **Stanowisko osoby przetwarzającej dane osobowe stażysty** |  |
| **PIECZĄTKA I PODPIS** | | |
| **Pieczątka firmy/instytucji** | | **Podpis osoby upoważnionej** |

**Wypełnione zgłoszenie prosimy dostarczyć osobiście lub przesłać za pomocą poczty tradycyjnej lub e-mailowej (jako skan):**

BD Center sp. z o. o.

ul. Armii Krajowej 80

35-307 Rzeszów

e-mail: mwojewodka@bdcenter.pl