



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY PRACODAWCY				
A	Dane rejestracyjne (Wypełnia Organizator staży)			
01	Data wpływu		Numer	
B	Podstawowe informacje			
01	Nazwa firmy zgodnie z dokumentem rejestrowym			
02	Forma prawna			
03	Status	<input type="checkbox"/> Mikro	<input type="checkbox"/> Średnie	
		<input type="checkbox"/> Małe	<input type="checkbox"/> Duże	
		<input type="checkbox"/> nie dotyczy		
04	Branża			
05	Kod PKD przeważającej działalności			
06	Adres miejsce realizacji stażu			
07	Adres rejestrowy, jeśli inny niż miejsce realizacji stażu			
08	Nr NIP / REGON			
09	KRS			
10	Adres www			
C	Osoba do kontaktu w sprawie staży			
01	Imię i nazwisko			
02	Stanowisko			
03	Nr telefonu			
04	E-mail			
D	Deklaracja przyjęcia na staż			
	Stanowisko pracy		Liczba stażystów w roku 2024	
			Liczba stażystów w roku 2025	
	Stanowisko pracy		Liczba stażystów w roku 2024	
Liczba stażystów w roku 2025				
E	Doświadczanie			
01	W ciągu ostatnich 3 lat w firmie przeszkolono następującą liczbę stażystów/praktykantów			
F	Opiekun stażu			
03	Opiekun stażu posiada kurs pedagogiczny		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
E	Oświadczenia			
01	<p>1. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem staży uczniowskich wraz z załącznikami, rozumiem i akceptuję ich postanowienia oraz zobowiązuję się do ich przestrzegania.</p> <p>2. Oświadczam, że zapewnię uczniowi: stanowisko pracy: wyposażone w niezbędne urządzenia, sprzęt, narzędzia, materiały i dokumentację techniczną, uwzględniające wymagania bezpieczeństwa i higieny pracy, bezpieczne i higieniczne warunki odbywania stażu uczniowskiego na zasadach dotyczących pracowników, określonych w odrębnych przepisach, w tym w zależności od rodzaju zagrożeń związanych z odbywaniem stażu uczniowskiego – odpowiednie środki ochrony indywidualnej.</p> <p>3. Oświadczam, że przygotuję stanowisko pracy w momencie rozpoczęcia stażu.</p> <p>4. Oświadczam, że przed rozpoczęciem stażu uczniowskiego zapoznam uczniów z zasadami i metodami pracy zapewniającymi bezpieczeństwo i higienę pracy przy wykonywaniu czynności na danym stanowisku.</p> <p>5. Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym formularzu oraz w ewentualnych załącznikach do formularza są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym oraz, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie fałszywych danych lub złożenie fałszywych oświadczeń.</p> <p>6. Oświadczam, że nie zalegam z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie</p>			



	<p>zdrowotne, podatków i innych należności publicznoprawnych.</p> <p>7. Oświadczam, że nie pozostaję pod zarządem komisarycznym lub nie znajduję się w toku likwidacji, postępowania upadłościowego (w tym nie oddalono wniosku o ogłoszenie upadłości z powodu braku majątku upadłego wystarczającego na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego), postępowania naprawczego (dotyczy tylko przedsiębiorców, tj. osób wpisanych do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub podmiotów wpisanych do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego).</p> <p>8. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z realizacją niniejszego Projektu zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektyw 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej „RODO”).</p> <p>9. Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych.</p> <p>10. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych przez OPZL/ZIPH, w związku z realizowanymi w przyszłości działaniami związanymi z aktywizacją zawodową.</p>		
F	Załączniki		
01	Przedkładałam dodatkowe dokumenty w postaci załączników	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Lista załączników:	1.	
G	Podpis i pieczęć Pracodawcy		
01	Miejscowość i data:		
	Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentacji		
	Czytelny podpis w/w osoby:		
	Pieczętka		
H	Ocena formularza (Wypełnia Organizator staży)		
01	Suma punktów		
02	Czy Pracodawca został zakwalifikowany na Listę Pracodawców przyjmujących na staż w projekcie?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
03	Data przeprowadzenia oceny		
04	Imię, nazwisko oceniającego		
01	Podpis		