**ANKIETA DLA PRACODAWCY**

Zgłoszenie zamiaru zorganizowania miejsca odbywania stażu zawodowego dla Uczestnika/czki projektu

**„Czas na aktywność”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Pełna nazwa firmy** |  |
|  | **Siedziba firmy** |  |
|  | **Adres do korespondencji** |  |
|  | **Telefon** |  |
|  | **Fax** |  |
|  | **e-mail** |  |
|  | **NIP** |  |
|  | **REGON** |  |
|  | **Branża** |  |
|  | **Forma prawna prowadzonej działalności** |  |
|  | **Liczba zatrudnionych osób** |  |
|  | **Preferowane przeszkolenie zawodowe stażysty/ki (proszę podkreślić właściwą odpowiedź)** | * *szkolenie zawodowe „Administracyjno – biurowe”* * *szkolenie zawodowe „Księgowe z obsługą komputerowych programów księgowych”* * *szkolenie zawodowe „Kadry i płace”* |
|  | **Imię i nazwisko stażysty/ki** |  |
|  | **Proponowany termin rozpoczęcia stażu** |  |
|  | **Opiekun stażu (imię i nazwisko, stanowisko, telefon, e -mail)** |  |
|  | **Osoba do kontaktu w sprawie stażu - jeśli inna niż opiekun stażu** |  |
|  | **Nazwa stanowiska pracy** |  |
|  | **Zakres obowiązków stażysty/ki** |  |
|  | **Tygodniowy harmonogram pracy stażysty/ki (godziny pracy)** |  |
|  | **Umiejętności, które nabędzie stażysta/ka w trakcie stażu** |  |
|  | **Miejsce i adres wykonywania stażu** |  |
|  | **Czy miejsce wykonywania stażu jest dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo? (proszę podkreślić właściwą odpowiedź)** | * *tak* * *nie* |
|  | **Ew. przeciwwskazania zdrowotne do pracy na danym stanowisku** |  |
|  | **Imię, nazwisko i stanowisko pracy osoby/osób upoważnionych do reprezentowania firmy** |  |

**Wypełnioną ankietę prosimy przesłać do biura projektu:**

Europejski Dom Spotkań – Fundacja Nowy Staw

Ul. Suraska 1 lok. 105, 15-093 Białystok

Tel: 85 742 35 48; e – mail: bialystok@irp-fundacja.pl