**ZAŁĄCZNIK NR 3**

**ZGŁOSZENIE KRAJOWEJ OFERTY PRACY W RAMACH REFUNDACJI KOSZTÓW WYPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY**

**OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ - PFRON**

|  |
| --- |
| **I. INFORMACJE DOTYCZĄCE PRACODAWCY** |
| 1. NAZWA PRACODAWCY KRAJOWEGO……………………………………………………………..…………………………………...…………………………………………………………………………….………….…………………… | 4. ADRES PRACODAWCY KRAJOWEGO KOD POCZTOWY ……………………………………..…………………….…....................ULICA …………………………………………………………………………………...….……MIEJSCOWOŚĆ …………………………………….……………………..……………..……TELEFON ………………………………………………………………….…….……………….E-MAIL ………………………………………………………………………………..…..………FAX ……………………………………………………………………….……………………….STRONA WWW…………..…………………………………….……………………….….....…. |
| 2. IMIĘ I NAZWISKO PRACODAWCY KRAJOWEGO LUB INNEGO PRACOWNIKA WSKAZANEGO DO KONTAKTU:…………………………………………………………………..…………………………….…..….TELEFON …………………………………………………………………………………….……. |
| 3. PREFEROWANA FORMA KONTAKTU BEZROBOTNEGO Z PRACODAWCĄ KRAJOWYM:  |
| 5. NIP |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 6. STOPA UBEZPIECZENIA WYPADKOWEGO |  ……..…..% | 7. LICZBA ZATRUDNIANYCH PRACOWNIKÓW | ……………………… |
| 8. REGON |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 9. KOD PKD | 10. URZĄD SKARBOWY |
| 11. FORMA PRAWNA……………………………………………………………………….………………………………………………………………………. | 12. NUMER RACHUNKU BANKOWEGO………............................................................................................................................................................................................................………............................................................................................................................................ |
| **II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KRAJOWEJ OFERTY PRACY** |
| 13. NAZWA STANOWISKA | 15. KOD ZAWODU…………………..……… |  16.  LICZBA WOLNYCH MIEJSC PRACY  |   |
| 14. NAZWA ZAWODU |  W TYM DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH  |  |
| 17.. MIEJSCE WYKONYWANIA PRACY ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | 18. WYMIAR CZASU PRACY | 19. WYSOKOŚĆ PROPONOWANEGO WYNAGRODZENIA (BRUTTO): |
| 20. ROZKŁAD CZASU PRACY (OD – DO) |
| 21. SYSTEM WYNAGRADZANIA DO KOŃCA MIESIĄCA DO 10-GO DNIA  NASTĘPNEGO M-CA | 22. OKRES ZATRUDNIENIANA CZAS NIEOKREŚLONYNA CZAS OKREŚLONY | 23. RODZAJ UMOWY-UMOWA O PRACĘ | 24. SYSTEM CZASU PRACYJEDNA ZMIANADWIE ZMIANYTRZY ZMIANY INNE ……………………...… |
| 25. WYMAGANIA/ OCZEKIWANIA PRACODAWCY KRAJOWEGO1. POZIOM WYKSZTAŁCENIA

 ………………………………………………………………………………………………………………….… ………………………………………………………………………………………………………………………1. DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE (JEŚLI TAK – WSKAZAĆ MINIMALNY OKRES)

………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………….1. UMIEJĘTNOŚCI – UPRAWNIENIA

 ………………………………………………………………………………………………………………….… ………………………………………………………………………………………………………………………1. ZNAJOMOŚĆ JĘZYKÓW OBCYCH (STOPIEŃ ZNAJOMOŚCI)

…………………………………………………………………….…….……………………………………….…… | 26. DATA PROPONOWANEGO ROZPOCZĘCIA ZATRUDNIENIA:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| 27. OGÓLNY ZAKRES WYKONYWANYCH OBOWIĄZKÓW…………………………………………………………………….….…………………………………………………………………….….…………………………………………………………………….….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **III. ADNOTACJE URZĘDU PRACY** |
| ……………………………………………………………………………………………………………………...……………………… |
| 28. NR PRACODAWCY | 29. OKRES AKTUALNOŚCI OFERTY OD | 30. NUMER ZGŁOSZENIA | 31. NUMER STANOWISKA PRACY   |
| 32. NUMER FK | 33. OKRES AKTUALNOŚCI OFERTY DO   |  34. PREFEROWANA FORMA KONTAKTU PUP Z PRACODAWCĄ  |
| 35. CZĘSTOTLIWOŚĆ KONTAKTÓW PUP Z PRACODAWCĄ:  | 36. SPOSÓB ZGŁOSZENIA OFERTY |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Czy w okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy w/w pracodawca został ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo jest objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy |  | TAK |  | NIE |
|  |  |  |  |

…………………………………….………………….…………….. ……………………………………………….……………..Imię i nazwisko pracownika przyjmującego ofertę pracy Pieczątka i podpis Pracodawcy/Przedsiębiorcy |