**Formularz Instytucji/Firmy przyjmującej na staż (Realizatora Stażu)**

w ramach Projektu pn.: „OPERACJA-STAŻ!”

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i adres Realizatora Stażu: |  |
| Obszar działalności Instytucji | □ **turystyka prozdrowotna**  *(wymagane warunkami projektu – Regionalną Strategią Innowacji woj. świętokrzyskiego)* |
| Zapotrzebowanie Instytucji na staże w ramach kierunku/kierunków | □ **Pielęgniarstwo**  □ **Położnictwo**  □ **Fizjoterapia** |
| Obszary merytoryczne, z którymi stażysta ma szansę się zapoznać: |  |
| Proponowane stanowisko odbywania stażu  (nazwa stanowiska pracy) |  |
| Dodatkowe wymagania w stosunku do Stażysty (jeśli występują): |  |
| Liczba stażystów, którą Realizator stażu może przyjąć: |  |
| Liczba opiekunów wyznaczonych do opieki nad Stażystami  (jeden opiekun nie może mieć pod opieką więcej niż 5 stażystów*)* |  |
| Miejsce odbywania stażu (adres): |  |
| Preferowany termin realizacji 16-tygodniowego programu stażowego: |  |
| Przedstawiciel Instytucji, z którym można się kontaktować w sprawie staży (dane kontaktowe): |  |

*Oświadczam, że proponowane miejsca realizacji stażu są dobrej jakości zapewniającej maksymalnie efektywną realizację wsparcia dla uczestników projektu/stażu. Jednocześnie oświadczam, że nasza Instytucja jest wiarygodna merytorycznie i finansowo oraz cieszy się dobrą opinią w środowisku. Miejsce przeznaczone do wykonywania zadań stażowych spełnia standardy bezpieczeństwa i higieny pracy, jest ergonomiczne, o standardzie nie niższym niż standard przewidziany dla pracownika naszej Instytucji.*

……………………………………………………….  
Data, pieczęć i podpis Instytucji