

Formularz zgłoszeniowy potencjalnego Realizatora Stażu

w ramach Projektu „NOWE PERSPEKTYWY rozwoju Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach”
o numerze POWR.03.05.00-00-Z225/17

| Nazwa i adres Realizatora Stażu | | | | | |
|---|---|--|--|---------------------------------------|-----------------------------|
| NIP Realizatora Stażu | | | | | |
| Rok rozpoczęcia działalności | | | | | |
| Branża/profil Instytucji | | | | | |
| Przedstawiciel Placówki, z którym można się kontaktować w sprawie staży (dane kontaktowe) | Imię i nazwisko: Funkcja/stanowisko: Telefon kontaktowy: e-mail: | | | | |
| Nazwa kierunku | Proponowane stanowisko odbywania stażu (nazwa stanowiska pracy: np. asystent...) | Liczba stażystów, którą Realizator Stażu może przyjąć | Dodatkowe wymagania w stosunku do Stażysty (jeśli występują) lub uwagi | Miejsce odbywania stażu (adres) | Preferowany termin stażu |
| Lekarski, st. jmgr – 5 rok | | | | | |
| Pielęgniarstwo, st. I st. – 3 rok | | | | | |
| Położnictwo, st. I st. – 3 rok | | | | | |
| Kosmetologia, st. I st. – 3 rok | | | | | |
| Dietetyka, st. I st. – 3 rok | | | | | |

Oświadczam, że proponowane miejsca realizacji stażu są dobrej jakości zapewniającej maksymalnie efektywną realizację wsparcia dla uczestników projektu. 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 Realizatora Stażu