**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) |  | | | | |
| **Nazwa kierunku** | **Proponowane stanowisko odbywania stażu  (nazwa stanowiska pracy)** | **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 – 5 rok Jednolite Studia Magisterskie |  |  |  |  |  |
| Pielęgniarstwo – 3 rok I stopień |  |  |  |  |  |
| Położnictwo – 3 rok I stopień |  |  |  |  |  |
| Kosmetologia – 3 rok I stopień |  |  |  |  |  |
| Dietetyka – 3 rok I stopień |  |  |  |  |  |

*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