



INFORMACJE DOT. PODMIOTU PRZYJMUJĄCEGO NA STAŻ  
REALIZOWANY W RAMACH PROJEKTU  
„PRAKTYCZNA NAUKA ZAWODU Z UWZGLĘDNIENIEM STAŻY UCZNIOWSKICH W BRANŻY  
TELEINFORMATYCZNEJ”

Ilość osób, możliwa do przyjęcia na staż		
<b>DANE INSTYTUCJI PRZYJMUJĄCEJ NA STAŻ</b>		
Pełna nazwa firmy		
NIP		
REGON		
Adres prowadzenia działalności		
Imię i nazwisko osoby reprezentującej, stanowisko, telefon, e-mail		Imię i nazwisko: Stanowisko: Telefon: Email:
<b>INFORMACJE DOT. STANOWISKA STAŻU</b>		
Stanowisko stażysty		<input type="checkbox"/> Technik teleinformatyk <input type="checkbox"/> Technik telekomunikacji <input type="checkbox"/> Monter sieci i urządzeń telekomunikacyjnych
Odzież robocza wymagana podczas realizacji stażu		1. 2. 3. 4. 5.
Miejsce realizacji stażu (jeżeli jest inne niż siedziba firmy)		
<b>INFORMACJE DOT. OPIEKUNA/OPIEKUNÓW STAŻU</b> Jeden opiekun sprawuje opiekę nad maksymalnie trzema stażystami		
Jako pracodawca do opieki nad stażystami wskazuję następującą ilość pracowników (wpisać liczbę)		
1.	Imię i nazwisko opiekuna stażu	
	Stanowisko	
	Wykształcenie	



	Doświadczenie zawodowe (Opiekun jest wyznaczany po stronie podmiotu przyjmującego na staż, posiada min.6 miesięczny staż pracy na danym stanowisku, na którym odbywa się staż lub min.12 miesięczne doświadczenie w branży/dziedzinie, w jakiej realizowany jest staż)	<input type="checkbox"/> min.6 miesięczny staż pracy na danym stanowisku, na którym odbywa się staż lub <input type="checkbox"/> min.12 miesięczne doświadczenie w branży/dziedzinie, w jakiej realizowany jest staż
	Telefon kontaktowy	
2.	Imię i nazwisko opiekuna stażu	
	Stanowisko	
	Wykształcenie	
	Doświadczenie zawodowe (Opiekun jest wyznaczany po stronie podmiotu przyjmującego na staż, posiada min.6 miesięczny staż pracy na danym stanowisku, na którym odbywa się staż lub min.12 miesięczne doświadczenie w branży/dziedzinie, w jakiej realizowany jest staż)	<input type="checkbox"/> min.6 miesięczny staż pracy na danym stanowisku, na którym odbywa się staż lub <input type="checkbox"/> min.12 miesięczne doświadczenie w branży/dziedzinie, w jakiej realizowany jest staż
	Telefon kontaktowy	
3.	Imię i nazwisko opiekuna stażu	
	Stanowisko	
	Wykształcenie	
	Doświadczenie zawodowe (Opiekun jest wyznaczany po stronie podmiotu przyjmującego na staż, posiada min.6 miesięczny staż pracy na danym stanowisku, na którym odbywa się staż lub min.12 miesięczne doświadczenie w branży/dziedzinie, w jakiej realizowany jest staż)	<input type="checkbox"/> min.6 miesięczny staż pracy na danym stanowisku, na którym odbywa się staż lub <input type="checkbox"/> min.12 miesięczne doświadczenie w branży/dziedzinie, w jakiej realizowany jest staż
	Telefon kontaktowy	

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczętka i podpis właściciela)