



Projekt "Centrum umiejętności 45+" jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 1
do Zasad organizacji stażu w ramach projektu Centrum umiejętności 45+

WYPEŁNIA INSTYTUCJA PRZYJMUJĄCA WNIOSEK	
Data wpływu wniosku	
Numer wniosku	

Dyrektor
Wojewódzkiego Urzędu Pracy
w Białymstoku
ul. Pogodna 22
15-354 Białystok

WNIOSEK O SKIEROWANIE NA STAŻ ZAWODOWY w ramach projektu *Centrum umiejętności 45+*

Należy wypełnić drukowanymi literami

1. DANE UCZESTNIKA PROJEKTU												
Nazwisko							Imię (Imiona)					
Data urodzenia							Miejsce urodzenia					
Obywatelstwo							Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna				
PESEL							Nr i seria dowodu osobistego					
Właściwy Urząd Skarbowy							NIP					
2. DANE KONTAKTOWE												
Adres zameldowania						Adres zamieszkania						
Województwo												
Powiat												
Miejscowość												
Kod pocztowy												
Ulica												
Nr domu / lokalu												
Tel. stacjonarny							E-mail					
Tel. komórkowy												
3. DANE DODATKOWE												
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niepełne podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Zawodowe <input type="checkbox"/> Średnie ogólnokształcące <input type="checkbox"/> Średnie zawodowe <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe zawodowe (licencjackie, inżynierskie) <input type="checkbox"/> Wyższe magisterskie lub równorzędne											

Wykształcenie
Szkolenia zawodowe, uprawnienia, posiadane umiejętności, itp.
Zainteresowania
Szkolenie zawodowe ukończone w ramach projektu <i>Centrum umiejętności 45+</i>
Poziom znajomości obsługi komputera	<input type="checkbox"/> Ukończone szkolenie „Podstawy obsługi komputera” <input type="checkbox"/> Podstawowy <input type="checkbox"/> Średniozaawansowany , znajomość programów:
Doświadczenie zawodowe
Proszę umotywić wniosek

4. LISTA FIRM / INSTYTUCJI PREFEROWANYCH DO ODBYWANIA STAŻU

Nazwa	Adres siedziby	Stanowisko stażowe

Preferowany trzymiesięczny okres odbywania stażu	
--	--

5. OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

Ja niżej podpisany/a

.....
(imię i nazwisko składającego oświadczenie)

zamieszkały/a

(adres zamieszkania: miejscowość, kod pocztowy, ulica, nr domu / lokalu)

legitymujący/a się dowodem osobistym seria nrwydanym przez

....., świadomy/a odpowiedzialności cywilnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą

OŚWIADCZAM, ŻE:

- wszystkie dane zawarte we Wniosku o skierowanie na staż zawodowy są zgodne z prawdą;
- zapoznałem/am się oraz akceptuję warunki Regulaminu uczestnictwa w Projekcie Centrum umiejętności 45+ oraz Zasad organizacji stażu w ramach projektu Centrum umiejętności 45+.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis



Biuro Projektu CENTRUM UMIEJĘTNOŚCI 45+
ul. Pogodna 63/1, 15-354 Białystok, pok.101, tel. 85 744 04 19, fax 85 744 04 19
e-mail: 45plus@wup.wrotapodlasia.pl
WOJEWÓDZKI URZĄD PRACY W BIAŁYMSTOKU
ul. Pogodna 22, 15-354 Białystok, tel. 85 74 97 200, fax 85 74 97 209,
www.up.podlasie.pl