Załącznik nr 4g

DEKLARACJA PRACODAWCY
udziału w projekcie „Uniwersytet z Misją - Zintegrowany Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu”
dla Pracodawców przyjmujących uczestników Projektu na staż

Dane podstawowe Pracodawcy			
Nazwa podmiotu			
Adres			
NIP		Regon	
Nazwisko i imię osoby reprezentującej/stanowisko			

W imieniu w/w Pracodawcy deklaruję przystąpienie do realizacji projektu „Uniwersytet z Misją - Zintegrowany Program Rozwoju Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu”(POWR.03.05.00-00-Z068/18) realizowanego przez Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, oś priorytetowa III. Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju, Działania 3.5 Kompleksowe programy szkół wyższych.

Proponowane miejsce stażu (np. dział kontroli jakości, apteka itp.)/liczba stażystów jednorazowo/liczba stażystów w sumie:

1. .....
2. .....
3. .....

Preferowany termin odbycia stażu*/wymiar godzin:**

1. .....
2. .....

* np. II, III, IV;
** 240 h lub 360 h

Dodatkowe uwagi np. wymagania rekrutacyjne dla stażystów, dane kontaktowe osoby odpowiedzialnej za organizację stażu ze strony Pracodawcy:
.....
.....

Potwierdzam, że Pracodawca spełnia warunki uczestnictwa w projekcie zawarte w Regulaminie Projektu :

a) opracuje Program Stażu, który daje Stażyście możliwość zdobycia kompetencji zawodowych przydatnych na rynku pracy w sektorze związanym z kierunkiem studiów, który będzie zawierał zakres wykonywanych przez Stażystę czynności służących nabyciu przez Stażystę określonych umiejętności i kwalifikacji zawodowych;
b) nie jest w stanie likwidacji ani upadłości;
c) wyraża chęć współpracy i zgodę na założenia projektowe, w tym m.in. na wypełnienie dokumentacji projektowej, wypełnianie dokumentów związanych z oceną Stażysty;
d) zapewnia miejsce odbywania stażu dla studentów UMP w siedzibie/oddziale/biurze Pracodawcy.

Stwierdzam zgodność powyższych danych ze stanem faktycznym.

Data ..... Podpis .....
Podpis przedstawiciela Pracodawcy

.....
Data i podpis pracownika Biura Projektu