|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DEKLARACJA PRACODAWCY**  **udziału w projekcie „** **Studiujesz? Pracuj! Wzmocnienie kompetencji zawodowych studentów 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 „Studiujesz? Pracuj! Wzmocnienie kompetencji zawodowych studentów Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu” (POWR.03.01.00-00-S050/17) 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 3.1 „Studiujesz? Pracuj! Wzmocnienie kompetencji zawodowych studentów Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu”. | | | |
| **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 farmaceutycznym, 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* | | | |