|  |
| --- |
| **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*  |