*Załącznik nr 1*

……………………………

( pieczęć pracodawcy)

**Zapotrzebowanie pracodawcy**

**na 2019 rok**

**na środki PFRON dla osób niepełnosprawnych zarejestrowanych w pup jako osoba bezrobotna albo poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu**

1. Nazwa Pracodawcy……………………………………………………………..…...….……
2. Adres siedziby ………………………………………………………………………….……
3. Miejsce prowadzenia działalności ……………………………………………………..……

…………………………………………………………………………………….…..………

1. Dane kontaktowe ………………………………………………………………….…….…...
2. Numer Regon …………………………………………………………………………….…..
3. Numer NIP………………………………………………………………………….…………
4. Imię i nazwisko osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktów……………..…………

……………………………………………………………………..…………………………..

1. Zapotrzebowanie na 2019 rok

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa działania** | **Liczba osób** |
| 1 | staż |  |
| 2 | prace interwencyjne |  |
| 3 | przygotowanie zawodowe dorosłych |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa działania** | **Kwota** | **Liczba stanowisk pracy** |
| 1 | zwrot kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej |  |  |

………………………………….

Data i podpis pracodawcy