**Tabela z danymi niezbędnymi do organizacji miejsca stażowego w ramach projektu  
Impuls do działania Nr projektu RPLD.09.01.01-10-B142/19**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IMIĘ I NAZWISKO STAŻYSTY** | |  | | | |
| **PRZEWIDYWANE STANOWISKO STAŻYSTY(**proszę wpisać nazwę stanowiska na które zostanie zatrudniony stażysta, zgodnie ze szkoleniem) | |  | | | |
| **NAZWA FIRMY** | |  | | | |
| **ADRES/SIEDZIBA** | |  | | | |
| **ADRES/MIEJSCE ODBYWANIA STAŻU(jeżeli jest inne niż siedziba)** | |  | | | |
| **NIP** |  | **REGON** |  | **KRS** |  |
| **NR TELEFONU** | |  | | | |
| **OSOBA REPREZENTUJĄCA FIRMĘ** | |  | | | |
| **STANOWISKO OSOBY REPREZENTUJĄCEJ FIRMĘ** | |  | | | |
| **GODZINY ODBYWANIA STAŻU** | |  | | | |
| **OSOBA WYZNACZONA DO WSPÓŁPRACY** | |  | | | |
| **NR TELEFONU OSOBY WYZNACZONEJ DO KONTAKTU** | |  | | | |
| **E-MAIL OSOBY WYZNACZONEJ DO WSPÓŁPRACY** | |  | | | |
| **WYZNACZONY OPIEKUN STAŻU** | |  | | | |
| **WYKSZTAŁCENIE OPIEKUNA STAŻU** | |  | | | |
| **STANOWISKO OPIEKUNA STAŻU** | |  | | | |
| **TERMIN ROZPOCZĘCIA STAŻU**  **OD** | |  | | | |
| **DO** | |  | | | |