**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** |  |