

ZGŁOSZENIE WOLNEGO MIEJSCA PRACY (zatrudnienie wspierane)

oferta otwarta/zamknięta

OfPr/		/		StPr/		/		
I. Informacje dotyczące pracodawcy/osoby fizycznej zgłaszającej wolne miejsce pracy – wypełnić właściwe*								
1. Nazwa pracodawcy (dotyczy podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą)*		2a. Imię i nazwisko (dotyczy osoby fizycznej nieprowadzącej działalności gospodarczej)*		3. Adres pracodawcy/osoby fizycznej				
.....		.....		ulica			
.....		.....		miejscowość			
.....		.....		kod pocztowy			
4. Czy pracodawca jest agencją zatrudnienia zgłaszającą ofertę pracy tymczasowej? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Jeżeli tak proszę podać nr KRAZ		2b. NIP/PESEL		gmina				
.....		.....		telefon			
.....		.....		e-mail:			
.....		.....		adres strony internetowej: http://			
5. NIP	6. REGON	9. Imię i nazwisko osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktu:						
.....						
7. Podstawowy rodzaj działalności wg PKD	8. Forma własności <input type="checkbox"/> prywatna <input type="checkbox"/> publiczna	telefon lub inny sposób kontaktu:						
.....						
10. Liczba zatrudnionych pracowników:		kontakt w godzinach: od do						
.....		adres prowadzonej rekrutacji:						
.....							
11. WYRAŻAM/NIE WYRAŻAM zgodę/-y na podawanie do publicznej wiadomości informacji umożliwiających identyfikację pracodawcy oraz danych kontaktowych (pkt 9) w publicznie dostępnych bazach ofert pracy.								
II. Informacje dotyczące zgłoszonego miejsca pracy								
12. Nazwa zawodu	13. Nazwa stanowiska	14. Branża	15. Tryb pracy <input type="checkbox"/> stacjonarna <input type="checkbox"/> hybrydowa <input type="checkbox"/> zdalna	16. Liczba wolnych miejsc zatrudnienia:				
.....	.....	.....	.....	w tym dla osób niepełnosprawnych:			
17. Kod zawodu			18. Wnioskowana liczba kandydatów:					
19. Miejsce wykonywania pracy		20. Możliwość zakwaterowania	21. Okres zatrudnienia (w przypadku pracy na podstawie umowy o pracę)		22. Zasięg ogłaszania informacji o wolnym miejscu zatrudnienia:			
ulica		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	od		<input type="checkbox"/> tylko terytorium Polski			
miejscowość			do		<input type="checkbox"/> terytorium Polski i państwa UE/EOG			
kod pocztowy		25. Zmianowość / Godziny pracy		23. Urząd wiodący w zakresie realizacji oferty pracy:				
.....		od-do /		lub dodatkowy:				
24. Rodzaj umowy stanowiącej podstawę wykonywania pracy:		25. Zmianowość / Godziny pracy		26. Wymiar czasu pracy:				
.....					
27. Wysokość wynagrodzenia (kwota brutto):	28. System wynagradzania		29. Planowana data rozpoczęcia pracy:		30. Okres ważności oferty:			
.....	.....		.....		od		
.....			do		
31. Wymagania – oczekiwania pracodawcy:				32. Ogólny zakres obowiązków:				
wykształcenie: .....				.....
kierunek/specjalność: .....				.....
doświadczenie zawodowe: .....				.....
znajomość języka obcego: .....				.....
uprawnienia/umiejętności: .....				.....
inne: .....				.....

Pracodawca oświadcza, że w okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy **został / nie został*** prawomocnie ukarany za wykroczenie lub prawomocnie skazany za przestępstwo przeciwko przepisom prawa pracy albo **jest / nie jest*** objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy (art. 83 ust. 12 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia).

PODPIS(Y)

zgodnie ze wskazaniem we właściwych dokumentach (np. odpisie KRS)

(pieczęćka firmowa pracodawcy)

(czytelny podpis pracodawcy / osoby fizycznej)