***Załącznik Nr 4 do Regulaminu przyznawania ze środków   
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych   
zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej***

**Szczegółowe informacje dotyczące tworzonego stanowiska pracy, wymagania wobec kandydatów, warunki pracy wraz z uzasadnieniem potrzeby jego utworzenia:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Wyszczególnienie | Opis |
| **1.** | **Nazwa stanowiska pracy** |  |
| **2.** | **Uzasadnienie potrzeby utworzenia stanowiska pracy** |  |
| **3.** | **Rodzaj i szczegółowy zakres  wykonywanej pracy** |  |
| **4.** | **Miejsce wykonywania pracy (dokładny adres miejsca świadczenia pracy)** (UWAGA: W sytuacji, gdy zatrudniona osoba niepełnosprawna będzie wykonywała pracę poza adresem wykonywania działalności gospodarczej przez Pracodawcę należy określić obszar np. teren powiatu, miasta, województwa.) |  |
| **5.** | **Niezbędne kwalifikacje (wykształcenie, doświadczenie, uprawnienia, zawodowe, umiejętności)** |  |
| **6.** | **Pożądane kwalifikacje (wykształcenie, doświadczenie, uprawnienia, zawodowe, umiejętności)** |  |
| **7.** | **Wymagania dotyczące sprawności ruchowej  i predyspozycji psychicznych, przeciwwskazania zdrowotne** |  |
| **8.** | **Planowany okres zatrudnienia**  **(od dnia ……………….**  **do dnia ………………..)**  (minimum 36 miesięcy) |  |
| **9.** | **Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto**  **(zł/m-c)** |  |
| **10.** | **Wnioskowana kwota refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej** |  |
| **11.** | **Informacje o systemie pracy** (jedna zmiana, dwie zmiany, inne) |  |

…….……………………………………………………………

(data i podpis Pracodawcy)