*Załącznik nr 1*

……………………………

( pieczęć pracodawcy)

**Zapotrzebowanie pracodawcy**

**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 ………………………………………………………………….………...

……………………………………………………………………………………………..

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

……………………………………………………………………………………………..

1. Zapotrzebowanie na 2023 rok

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa działania** | **Kwota** |
| 1. zwrot kosztów wyposażenia stanowiska pracy |  |

………………………………….

Data i podpis pracodawcy