*Załącznik nr 2*

……………………………

( pieczęć pracodawcy)

**Zapotrzebowanie pracodawcy na 2020 rok na środki PFRON dla osób niepełnosprawnych zarejestrowanych w PUP w Gostyniu jako   
osoba bezrobotna albo poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu**

1. Nazwa Pracodawcy……………………………………………………………..…...….……
2. Adres siedziby ………………………………………………………………………….……
3. Miejsce prowadzenia działalności ……………………………………………………..……

…………………………………………………………………………………….…..………

1. Dane kontaktowe ………………………………………………………………….…….…...
2. Numer Regon …………………………………………………………………………….…..
3. Numer NIP………………………………………………………………………….…………
4. Telefon……………………………………………………………………..…………………
5. Zapotrzebowanie na 2020 rok

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa działania** | **Liczba osób** |
| 1 | staż |  |
| 2 | Zwrot pracodawcy kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla osoby niepełnosprawnej |  |

………………………………….

Data i podpis pracodawcy