



**ZAPOTRZEBOWANIE NA ŚRODKI PFRON NA WYPOSAŻENIE STANOWISKA
PRACY DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

Nazwa i adres wnioskodawcy oraz NIP	
Numer telefonu do kontaktu	
Czy wnioskodawca spełnia warunek posiadania statusu pracodawcy, tj. czy zatrudnia co najmniej jednego pracownika zatrudnionego w ramach umowy o pracę?	
Data rozpoczęcia działalności gospodarczej (Korzystanie z ww. środków możliwe jest wyłącznie dla wnioskodawców prowadzących działalność co najmniej przez 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku)	
Liczba stanowisk, o które chce wnioskować wnioskodawca	
Nazwa wnioskowanego stanowiska pracy	
Czy wnioskodawca jest zainteresowanym zatrudnieniem konkretnego kandydata pozostającego w ewidencji Urzędu?	TAK NIE *zaznaczyć prawidłowe
Przewidywana kwota środków PFRON niezbędna do wyposażenia jednego stanowiska pracy	

UWAGA!

Złożenie niniejszej deklaracji nie gwarantuje przyznania ww. środków.

.....
(podpis osoby składającej zapotrzebowanie)