



**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?

TAK

NIE

\*zaznaczyć prawidłowe

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)