

ZGŁOSZENIE KRAJOWEJ OFERTY PRACY

Oświadczam, że w okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy
 zostałem* / nie zostałem* prawomocnie ukarany za wykroczenie lub prawomocnie
skazany za przestępstwo przeciwko przepisom prawa pracy albo jestem* / nie jestem*
objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy lub w innych
uzasadnionych przypadkach.

wypełnia Urząd

OfPr / ___ / _____

I. FORMA UPOWSZECHNIENIA OFERTY PRACY		
<input type="checkbox"/> OFERTA OTWARTA* (zawierająca dane umożliwiające identyfikację pracodawcy)	<input type="checkbox"/> OFERTA ZAMKNIĘTA* (niezawierająca danych umożliwiających identyfikację pracodawcy)	
II. INFORMACJE DOTYCZĄCE PRACODAWCY KRAJOWEGO		
1. Nazwa pracodawcy lub imię i nazwisko w przypadku osoby fizycznej:	2. REGON:	
	3. NIP: (lub PESEL, w przypadku osoby fizycznej)	
	4. Podstawowy rodzaj działalności wg PKD 2007:	
5. Adres siedziby pracodawcy lub stałego miejsca wykonywania działalności: Kod pocztowy:-..... Miejscowość Gmina Ulica Nr telefonu	6. Osoba reprezentująca pracodawcę (do kontaktu): Nazwisko i imię: Stanowisko: Telefon: e-mail: Kontakt w godz. w dniach	
7. Forma prawna prowadzonej działalności*: <input type="checkbox"/> Osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą <input type="checkbox"/> Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością <input type="checkbox"/> Spółka cywilna <input type="checkbox"/> Spółka jawna <input type="checkbox"/> Spółka partnerska <input type="checkbox"/> Spółka komandytowa <input type="checkbox"/> Spółka akcyjna <input type="checkbox"/> Przedsiębiorstwo państwowe <input type="checkbox"/> Inna (jaka?)		8. Pracodawca jest agencją zatrudnienia zgłaszającą ofertę pracy tymczasowej*? <input type="checkbox"/> TAK Nr certyfikatu Zgłaszana oferta jest ofertą pracy tymczasowej? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
III. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZGŁASZANEGO MIEJSCA PRACY		
9. Nazwa zawodu:	10. Kod zawodu wg Klasyfikacji Zawodów i Specjalności _____	
11. Nazwa stanowiska:		
12. Liczba wolnych miejsc pracy: w tym dla osób z niepełnosprawnością:	13. Wnioskowana liczba kandydatów:	14. Wymiar czasu pracy*: <input type="checkbox"/> 1/1 <input type="checkbox"/> 3/4 <input type="checkbox"/> 1/2 <input type="checkbox"/> inny (jaki?)
15. Adres miejsca wykonywania pracy:	16. Rodzaj zatrudnienia*: <input type="checkbox"/> spółdzielcza umowa o pracę <input type="checkbox"/> umowa agencyjna <input type="checkbox"/> umowa o dzieło <input type="checkbox"/> umowa o pomocy przy zbiorach <input type="checkbox"/> umowa o pracę na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> umowa o pracę na czas określony <input type="checkbox"/> umowa o pracę na okres próbny <input type="checkbox"/> umowa o pracę w zastępstwie <input type="checkbox"/> umowa zlecenie/umowa o świadczenie usług	17. Zmianowość*: <input type="checkbox"/> jednozmianowa <input type="checkbox"/> dwie zmiany <input type="checkbox"/> trzy zmiany <input type="checkbox"/> inna (jaka?) Praca w godz. od do Praca w wolne dni*: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
18. Wysokość wynagrodzenia: (złoty brutto miesięcznie) od do	19. System wynagradzania: (miesięczny, godzinowy, akord, prowizja)	20. Planowana data lub okres rozpoczęcia pracy: _____
21. Okres zatrudnienia albo okres wykonywania umowy:		
22. Charakterystyka lub ogólny zakres obowiązków:		

