

ZGŁOSZENIE KRAJOWEJ OFERTY PRACY

W formie:

- **otwarta** (zawierająca dane umożliwiające identyfikację pracodawcy)*

- **zamknięta** (niezawierająca danych umożliwiających identyfikację pracodawcy)*

I. Informacje dotyczące pracodawcy krajowego			
1. Nazwa pracodawcy krajowego		2. Adres pracodawcy kod pocztowy - ulica miejscowość nr telefonu fax e-mail strona internetowa	
3. Imię i nazwisko pracodawcy lub osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktów w sprawie oferty pracy		6. NIP	
4. Oznaczenie formy prawnej prywatna/publiczna/inna	5. Numer statystyczny pracodawcy (REGON)		
7. Podstawowy rodzaj działalności wg		8. Liczba zatrudnionych pracowników	
II. Informacje dotyczące zgłoszonego miejsca pracy			
9. Nazwa zawodu	10. Nazwa stanowiska	11. Liczba wolnych miejsc pracy w tym liczba osób niepełnosprawnych	
12. Kod zawodu wg KZ i S	13. Wymiar czasu pracy	14. Wnioskowana liczba kandydatów	
17. Adres miejsca wykonywania pracy	18. Oferta pracy jest oferta pracy tymczasowej (w rozumieniu art. 19g ustawy): TAK/NIE*	15. Rodzaj umowy 1) umowa na czas nieokreślony 2) umowa na czas określony 3) umowa na okres próbny 4) umowa na zastępstwo 5) umowa zlecenie 6) umowa o dzieło 7) umowa o pracę tymczasową 8) inne ☐	
	19. 1) zakwaterowanie 2) wyżywienie 3) praca w wolne dni ☐	16. Informacje o systemie i rozkładzie czasu pracy 1) jednozmianowa 2) dwie zmiany 3) trzy zmiany 4) ruch ciągły ☐ 5) inne w godz.	
20. Wysokość wynagrodzenia (miesięcznie kwota brutto)	21. System wynagrodzenia (akordowy, prowizyjny, miesięczny, itp.)	22. Data rozpoczęcia zatrudnienia	23. Okres aktualności ofert: Data początkowa: Data końcowa:
24. Oczekiwania pracodawcy wobec kandydatów do pracy: 1. Wykształcenie: 2. Umiejętności: 3. Uprawnienia: 4. Doświadczenie zawodowe: 5. Znajomość języków obcych (oraz poziom ich znajomości): 6. Zatrudnienie kandydatów z państw EOG: 7. Inne:		25. Zasięg upowszechnienia oferty pracy 1) tylko terytorium Polski ☐ 2) terytorium EU/EOG 26. Ogólny zakres obowiązków: 27. Preferowana forma kontaktów z pracodawcą: 1) kontakt osobisty 2) kontakt telefoniczny 3) inna (np. CV + list motywacyjny)	
III. Adnotacje urzędu pracy			
28. Numer pracodawcy	29. Data przyjęcia zgłoszenia	30. Numer zgłoszenia	31. Weryfikacja aktualności oferty pracy 1. Co trzy dni 2. W trybie ustalonym z pracodawcą
32. Data anulowania/zrealizowania zgłoszenia	33. Numer pracownika urzędu pracy	34. Nr ewidencyjny zgłoszenia OfPr/25/..... StPr/25/.....	35. Sposób zgłoszenia oferty 1) osobiście 5) poczta 2) pisemnie 6) inne 3) faks 4) e-mail

1. Oświadczenie pracodawcy:

- ✓ Zgodnie z art. 75 § 2 KPA, 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. (art. 83 ust. 12 ustawy).
- ✓ Pracodawca jest / nie jest* agencją zatrudnienia, zgłaszającą ofertę pracy tymczasowej.
- ✓ Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody* na upowszechnienie zgłoszenia krajowej oferty pracy w języku ukraińskim* w języku angielskim*.
- ✓ PUP w Nowym Dworze Gdańskim jest PUP wiodącym w zakresie realizacji oferty pracy. TAK /-NIE*
- ✓ Czy pracodawca wybiera dodatkowe PUP odpowiedzialne za realizację oferty pracy? TAK /-NIE*
Jeśli zaznaczono **TAK**, należy podać do które:.....
- ✓ Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia PUP w przypadku utraty aktualności oferty.
- ✓ Pracodawca został poinformowany o możliwości zmiany ustaleń w przypadku wystąpienia trudności z realizacją oferty pracy. TAK /-NIE*

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis, pieczęć pracodawcy
lub osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktu

REALIZACJA OFERTY PRACY

Termin rozliczenia skierowania	Data przedłożenia oferty	Imię i nazwisko osoby proponowanej do pracy	OSOBA PROPONOWANA								WYNIKI SKIEROWANIA				Nie sta- wiła się do urzędu*)
			JEST BEZROBOTNA Z GRUPY					JEST POSZUKUJĄCA PRACY Z GRUPY			Zatrud- niona*)	NIE ZATRUDNIONA		nie sta- wiła się do pracy	
			absol- wenci*)	niepełno- sprawni*)	pozos- tali*)	pobiera zasiłek		absol- wenci*)	niepełno- sprawni*)	pozo- stali*)		tak*)	podać przyczynę		
						tak*)	nie*)								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

*niepotrzebne skreślić