



POLSKA ORGANIZACJA PRACODAWCÓW OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

Opis stanowiska pracy

Informacje o firmie	
nazwa i adres pracodawcy:	
osoba do kontaktu (dział):	
Czy firma posiada status Zakładu Pracy Chronionej? (właściwe podkreślić)	Tak Nie
telefon; adres email	
preferowana forma kontaktu (podkreślić):	bezpośrednio (os. niepełnosprawna) POPON
Informacje o stanowisku	
nazwa stanowiska:	
liczba wolnych miejsc:	
miejsce wykonywania pracy:	
charakterystyka wykonywanej pracy	
rodzaj umowy	<input type="checkbox"/> na czas określony <input type="checkbox"/> na okres próbny <input type="checkbox"/> na zastępstwo <input type="checkbox"/> cywilno- prawna <input type="checkbox"/> inne.....
godziny pracy:	
możliwość telepracy:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
proponowana wysokość wynagrodzenia:	
data rozpoczęcia pracy:	
budynek (miejsce pracy) dostosowany do potrzeb osób poruszających się na wózkach inwalidzkich	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wymagania w stosunku do kandydatów	
Wykształcenie/doświadczenie/wiedza	
znajomość języków obcych	
znajomość obsługi komputera	
cechy osobowości/dodatkowe informacje	