**Darba devēja pieteikums**

**pasākumam “Atvērto durvju diena personām ar invaliditāti uzņēmumos”**

**no 2019. gada 4. novembra līdz 8. novembrim**

*Lūdzu aizpildīt informāciju par uzņēmumu:*

|  |  |
| --- | --- |
| **Uzņēmuma nosaukums** |  |
| Juridiskā adrese |  |
| Reģistrācijas Nr. |  |
| **Uzņēmuma darbības nozare** |  |
| **Darba devēja pārstāvja Pasākuma ietvaros kontaktinformācija**(vārds, uzvārds, e-pasts, tālrunis) |  |
| **Pasākuma norises datums** (2019. gada 4. novembra līdz 8. novembrim) |  |
| **Plānotais Pasākuma ilgums** (stundu skaits no – līdz) |  |
| **Pasākuma norises vietas adrese** |  |
| **Dalībnieku skaits, cik darba devējs uzņems uzņēmumā/iestādē**  |  |
| **Profesijas kods un nosaukums**, kurā Dalībnieks iepazīs/izmēģinās darba pienākumus |  |
| **Brīvo darba vietu skaits piedāvātajā profesijā** |  |
| **Darba veikšanai nepieciešamās prasmes un kvalifikācija** (profesijā, kuru piedāvās iepazīt) |
| **Darba pienākumu apraksts** (profesijā, kuru piedāvās iepazīt) |
| **Vai darba vide pieejama personām ar**: | *Atzīmē ar “X” vienu atbilstošo lauku* |
| **redzes traucējumiem** |  |
| **dzirdes traucējumiem** |  |
| **kustību traucējumiem** |  |
| **citiem funkcionāliem traucējumiem** |  |

Pieteikuma aizpildīšanas datums: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Paldies par izrādīto interesi un atsaucību piedalīties pasākumā “Atvērto durvju diena personām ar invaliditāti”!