**Informácia o zaradení poradcu pracovnej integrácie na výkon práce**

Ja dole podpísaný poskytovateľ sociálnej služby/APZ (ďalej len „poskytovateľ/APZ“)

**Názov poskytovateľa/APZ:** ......................................................................................................

**Sídlo poskytovateľa/APZ:** ......................................................................................................

**IČO poskytovateľa:**  ......................................................................................................

**Štatutárny orgán alebo osoba oprávnená konať v mene poskytovateľa:**

(titul, meno a priezvisko, funkcia) ...............................................................................................

týmto v rámci implementácie národného projektu Podpora sociálneho začleňovania vybranej skupiny osôb so zdravotným postihnutím, kód ITMS2014+: 312041BGD8, pre účely poskytnutia finančných prostriedkov vyhlasujem, že dňa[[1]](#footnote-1) ................................................ zaraďujem na výkon práce poradcu pracovnej integrácie (titul, meno a priezvisko): ............................................................................................................

Dátum a miesto vyhotovenia ....................................

Pečiatka a podpis .......................................................

1. Uveďte termín nástupu poradcu pracovnej integrácie. [↑](#footnote-ref-1)