

 Międzychód, dnia …………………………...

…………………….………………….………
 (imię i nazwisko)

……………………………….……...….……

………………………………………….…….  (adres zamieszkania)

PESEL……………………..…………………

Nr tel. do kontaktu ……………………….…. **Powiatowy Urząd Pracy**

 **w Międzychodzie**

**WNIOSEK
SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE/PSYCHOLOGICZNE**

**W RAMACH BONU STAŻOWEGO**

*na podstawie art. 66 l ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
(tekst jednolity. Dz. U. z 2016 r. poz. 645 ze. zm.)*

Ja niżej podpisany(a) ………………………………………………………………………………….

oświadczam, że w związku planowanym odbyciem stażu w ramach **bonu stażowego**:

………………………………………………...……………………………………………………….…

 (na stanowisku)

niezbędne są badania lekarskie/psychologiczne.

 …………………………………………..  (data i czytelny podpis wnioskodawcy)