



PONUDBA ZA IZVEDBO DELOVNEGA PREIZKUSA 2018/2019

*Podatki, označeni z zvezdico, ne vplivajo na popolnost ponudbe

PODATKI O PONUDNIKU / DELODAJALCU	
Naziv:	
Naslov:	
Matična številka (MŠO):	
EMŠO delodajalca:	
Ime in priimek zakonitega zastopnika oziroma pooblaščenca:	
Ime in priimek kontaktne osebe, zadolžene za program usposabljanja na delovnem mestu:	
*Telefonska številka kontaktne osebe:	
*Pošto v zvezi z javnim povabilom želimo prejemati na e-naslov:	
Številka transakcijskega računa poslovnega subjekta:	

PODATKI O PONUDBI		
Trajanje delovnega preizkusa	Naziv delovnega mesta in/ali šifra po SKP-08	Predvideno število oseb na preizkusu
1 mesec		
___ dni (ne manj kot 100 ur):		
Skupno št. predlaganih programov:		Skupno število oseb:



PODATKI O DELOVNEM PREIZKUSU NA KONKRETNEM DELOVNEM MESTU

Delovno mesto, na katerem se bo izvajal delovni preizkus: _____

Število oseb, ki se bodo preizkusile na tem delovnem mestu: _____

Predlagano trajanje delovnega preizkusa:

a) 1 mesec

b) _____ (napišite št. dni)¹

Vsebina programa delovni preizkus

Veščine, spretnosti, znanja oziroma delovne izkušnje, ki jih bo udeleženec **pridobil** z vključitvijo v ta program:

Konkretne **delovne zadolžitve** udeleženca bodo:

Kraj izvajanja delovnega preizkusa

a) na sedežu	Naslov:
b) v poslovni enoti oziroma enotah:	Naziv in naslov poslovne enote oz. enot:
c) na terenu:	Kratek opis območja:

¹ Delovni preizkus mora trajati najmanj 100 ur.



Časovni potek delovnega preizkusa

Delovni preizkus bo predvidoma potekal ob naslednjih dnevih (obkrožite):

- a) od ponedeljka do petka
- b) drugačna predvidena razporeditev

Pomembno: delovni preizkus se sme izvajati največ **5 dni v tednu** (če je med tednom praznik, traja preizkus v tem tednu največ 4 dni), praviloma **8 ur dnevno**, med 6. in 22. uro. V primeru, da je sobota delovna, mora biti oseba prosta drug dan v tednu. Delovni preizkus se **ne sme izvajati ob nedeljah in praznikih**.

Predvidena dnevna razporeditev dela v urah:

Od _____ do _____ ali od _____ do _____.

V primeru, da delovni preizkus zaradi narave dela poteka izven predvidnega časovnega okvira (od 6:00 do 22:00), navedenega v javnem povabilu, na tem mestu obvezno vpišite dodatno obrazložitev časovnega poteka preizkusa:

Mentorstvo

Podatki o mentorju: Ime in priimek: Naziv delovnega mesta:	Podatki o nadomestnem mentorju: Ime in priimek: Naziv delovnega mesta:
--	--

Zaposlitev po končanem delovnem preizkusu

Možnost zaposlitve: a) za nedoločen čas za _____ osebo/i/e b) za določen čas 3 mesecev ali za _____ osebo/i/e c) ni možnosti zaposlitve zaradi: _____
--

* Podatki za napotovanje oseb

Delovni preizkus ustreza invalidom oziroma drugim funkcionalno oviranim osebam:	a) DA	b) NE								
Vsebina delovnega preizkusa je ustrezna za ženske:	a) DA	b) NE								
Želena raven izobrazbe - KLASIUS-SRV: (lahko obkrožite več možnosti; Zavod bo brezposelne osebe napotoval tudi glede na vsebino programa)	1	2	3	4	5	6/1	6/2	7	8/1	8/2
Drugi potrebni pogoji, na osnovi katerih vam bo ZRSZ napotil kandidate (opredelitev zelenih predhodnih znanj in veščin udeležencev) ali predlagajte osebo:										



***Izjava o izpolnjevanju pogojev glede zaposlitve udeležencev po zaključenem delovnem preizkusu**

Izjavljamo, da smo po zaključku delovnega preizkusa sklenili pogodbo o zaposlitvi z **vsaj polovico** udeležencev, ki so v zadnjih 6 mesecih **delovni preizkus že zaključili**.

Pogodbo o zaposlitvi smo sklenili z naslednjimi udeleženci:

Ime in priimek	Pogodba sklenjena od - do

Z navedenimi udeleženci smo sklenili pogodbo o zaposlitvi v času do 60 dni po zaključku njihovega delovnega preizkusa, za najmanj 3 mesece, za najmanj polovico polnega delovnega časa.

Z oddajo te ponudbe:

- soglašamo in sprejemamo vse pogoje in določila, ki so navedena in zahtevana v javnem povabilu;
- potrjujemo, da bomo program izvajali na področju Republike Slovenije;
- soglašamo s pridobitvijo in uporabo osebnih ter drugih podatkov za namene dokazovanja in preverjanja upravičenih stroškov projekta ter za evalvacijske in raziskovalne namene;
- soglašamo, da Zavod v uradnih evidencah državnih organov in nosilcev javnih pooblastil preveri izpolnjevanje pogojev za sodelovanje na tem javnem povabilu;
- potrjujemo, da so vse navedbe v ponudbi resnične in ustrezajo dejanskemu stanju.

Zakoniti zastopnik ali pooblaščenec delodajalca (priimek in ime): _____