

Nabór do pracy w Powiatowym Zakładzie Aktywności Zawodowej

Uprzejmie informujemy, iż Powiat Wysokomazowiecki tworzy Powiatowy Zakład Aktywności Zawodowej w miejscowości Krzyżewo, gmina Sokoły.

Misją Powiatowego Zakładu Aktywności Zawodowej (PZAZ), jest aktywizacja zawodowa oraz rehabilitacja społeczna i lecznicza osób z orzeczonymi niepełnosprawnościami.

WYMAGANIA:

Podstawowym warunkiem zatrudnienia jest posiadanie aktualnego:

- orzeczenia o niepełnosprawności w stopniu znacznym,**
- orzeczenia o niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym z symbolem przyczyny niepełnosprawności 02-P (choroby psychiczne) lub 01-U (upośledzenie umysłowe).**

Rehabilitację zawodową będziemy realizować poprzez prowadzoną działalność wytwórczo-usługową tj.:

- ✓ Usługi gastronomiczne/cateringowe,
- ✓ Usługi pralniczo/magielnicze,
- ✓ Usługi noclegowo/kwaterunkowe, w tym obsługa recepcji, porządkowanie pokoi,
- ✓ Usługi ogrodnicze, florystyka, prace porządkowo-remontowe,
- ✓ Usługi prowadzenia stajni i pensjonatu dla koni,

w której te osoby znajdą zatrudnienie na podstawie umowy, ale także poprzez szereg innych działań np. wsparcie instruktora, doradztwo zawodowe, szkolenia zawodowe, możliwość zdobycia nowych kwalifikacji, czy umiejętności zawodowych. Ponadto zatrudnione osoby będą miały możliwość codziennej rehabilitacji oraz doraźnej i specjalistycznej opieki medycznej i poradnictwa.

Osoby niepełnosprawne będą miały **zapewniony bezpłatny dowóz.**

W związku z powyższym prosimy o kontakt osoby z orzeczonymi w/w niepełnosprawnościami w celu wstępnej deklaracji podjęcia pracy w PZAZ.

Prosimy o wypełnienie załączonej deklaracji i przesłanie drogą pocztową lub złożenie osobiście na adres: **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wysokiem Mazowieckiem, ul. Mickiewicza 1, 18-200 Wysokie Mazowieckie.**

Deklaracja wstępna

Jestem zainteresowana/any pracą w Powiatowym Zakładzie Aktywności Zawodowej w Krzyżewie w gminie Sokoły, powiat wysokomazowiecki, jednocześnie spełniam warunki, konieczne do zatrudnienia w PZAZ, tj.:

- ☐ posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym
lub
☐ posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym
(proszę zaznaczyć właściwe)

- imię i nazwisko:
- miejscowość zamieszkania:
- telefon kontaktowy:
- adres e-mail:

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis)

Uwagi:

**Deklaracja wstępna podlegać będzie ocenie i weryfikacji
przez organizatora, jej złożenie nie gwarantuje zatrudnienia w ZAZ.**

Dopełniając obowiązku informacyjnego zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. UE L119 z 04.05.2016) informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wys.Maz.
ul. Mickiewicza 1 , 18-200 Wysokie Mazowieckie