

Stanowisko: **OPIEKUN(KA) OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI**  
Numer: **StPr/26/1202**  
Dodane przez: **Powiatowy Urząd Pracy we Włocławku**

**WARUNKI PRACY I PŁACY**

Miejsce pracy: **87-800 Włocławek, powiat: m. Włocławek, woj: kujawsko-pomorskie**  
Zakres obowiązków: **świadczenie usług opiekuńczych w domu podopiecznego**  
Rodzaj umowy: **Umowa zlecenie / Umowa o świadczenie usług**  
Warunki świadczenia pracy:  
Praca tymczasowa oferowana przez agencję: **NIE**  
Wymiar etatu: **nie dotyczy**  
Zmianowość: **nie dotyczy**  
Liczba godzin pracy w miesiącu: **160**  
Data rozpoczęcia: **01.06.2026**  
Data zakończenia pracy: **31.08.2026**  
Wynagrodzenie brutto: **od 31,40 PLN - czasowe ze stawką godzinową**  
Zawód: **pozostali pracownicy wsparcia rodziny, pomocy społecznej i pracy socjalnej**  
Zapewnienie wyżywienia: **NIE**  
Zatrudnienie od zaraz: **NIE**  
Zapewnienie zakwaterowania: **NIE**  
Pracodawca pokrywa koszt przejazdu do Polski: **NIE**

**WYMAGANIA****Wymagania konieczne:**

Wykształcenie: **zasadnicze zawodowe**

**Wymagania pożądane:**

Zawód: **Pozostali pracownicy wsparcia rodziny, pomocy społecznej i pracy socjalnej (wymagany staż - lata: 0, miesiące: 6)**

**Pozostałe wymagania:**

Inne wymagania: **doświadczenie na stanowisku, umowa zlecenie w godz. 6.00-18.00, miejsce pracy: miejsce zamieszkania podopiecznego Zgodnie z wymogami Kodeksu Pracy oferty pracy są neutralne pod względem płci kandydatów. Nazewnictwo stanowisk pracy stosuje się na podstawie aktualnej Klasyfikacji Zawodów i Specjalności.**

Staż pracy ogółem: **lata: 0, miesiące: 6**

**DANE PRACODAWCY:**

Pracodawca: **ODDZIAŁ REJONOWY POLSKIEGO CZERWONEGO KRZYŻA WE WŁOCŁAWKU**  
Krótki opis działalności gospodarczej:  
Nr KRAZ:  
Sposób aplikowania: **bezpośrednio do pracodawcy**  
Adres: **ul. ZDUŃSKA 14, 87-800 Włocławek, powiat: m. Włocławek, woj: kujawsko-pomorskie**  
Osoba do kontaktu:  
Numer telefonu: **54 231-46-56**  
E-mail:  
Język aplikacji: **polski**  
Wymagane dokumenty: **CV**  
Sposób kontaktu / przekazania dokumentów: **Preferowane formy kontaktu: osobiście, telefon, Termin: dni robocze, Godziny : 8.00-15.00**

**POZOSTAŁE DANE:**

Liczba miejsc pracy: **10**  
Przeznaczone wyłącznie dla osób zarejestrowanych w urzędzie pracy: **NIE**  
w tym dla niepełnosprawnych: **0**  
Przeznaczone dla osób niepełnosprawnych (finansowanie z PFRON): **NIE**  
Data dodania: **01.06.2026**

Możliwe przekazanie do realizacji  
przez inny PUP:

**NIE**

Data aktualizacji:

Data ważności:

**31.07.2026**