............................................ dnia ..........................

...............................................

/data wpływu wniosku do PUP/

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Skierniewicach**

**WNIOSEK**

**o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu**

Pełna nazwa organizatora (firma lub imię i nazwisko): .....................................................................

.............................................................................................................................................................

Siedziba organizatora: ........................................................................................................................

.............................................................................................................................................................

Miejsce prowadzenia działalności: .....................................................................................................

.............................................................................................................................................................

Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania organizatora:

.............................................................................................................................................................

Numer telefonu:......................................... faxu.......................... e-mail.............................................

Numer identyfikacji podatkowej NIP: ................................................................................................

Numer identyfikacyjny REGON: .......................................................................................................

Wnioskuję o skierowanie do odbycia stażu osób bezrobotnych w okresie (nie krótszym niż 3 miesiące)

od ........................................... do ........................................ na stanowiskach

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Stanowisko pracy  zawód | Kod zawodu\* | Poziom i kierunek wykształcenia bezrobotnego | Minimalne  kwalifikacje | Liczba osób |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Razem | | | |  |

\*kod zawodu zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności

Wykaz osób bezrobotnych do odbycia stażu (imię, nazwisko, PESEL)

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

Miejsce odbywania stażu.............................................................................................................

System i rozkład czasu pracy:

praca w godzinach: .....................................................................................................................

jednozmianowa / dwuzmianowa / trzyzmianowa / w niedziele i święta / w porze nocnej\*.

Uzasadnienie w przypadku pracy w niedzielę i święta w porze nocnej lub systemie pracy zmianowej o ile charakter pracy w danym zawodzie wymaga takiego rozkładu czasu pracy:

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

Warunki socjalne .......................................................................................................................

Proponowany opiekun stażystów (opiekun bezrobotnego odbywającego staż może jednocześnie sprawować

opiekę nad nie więcej niż 3 osobami bezrobotnymi odbywającymi staż):

Nazwisko i imię ............................................................................................................

Stanowisko pracy ..........................................................................................................

Wykształcenie ...............................................................................................................

Nazwisko i imię .............................................................................................................

Stanowisko pracy ..........................................................................................................

Wykształcenie ...............................................................................................................

W załączeniu przekazuję programy stażu dla poszczególnych stanowisk/zawodów

Data rozpoczęcia działalności gospodarczej ..............................................................................

Rodzaj działalności.....................................................................................................................

Oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności................................................................

(jednostka budżetowa, spółdzielnia, spółka akcyjna, spółka z o.o., spółka cywilna, osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą lub inne)

Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy...........................................

Liczba bezrobotnych odbywających staż u organizatora: ..........................................................

Złożyłem/am nie złożyłem/am \* wniosek o organizację stażu do innego Urzędu Pracy dla …………….. osób bezrobotnych.

\* niepotrzebne skreślić

2

Po odbyciu stażu przez bezrobotnych skierowanych przez Powiatowy Urząd Pracy, organizator stażu zobowiązuje się do zatrudnienia ................... osób na okres ......................... miesięcy w ramach umowy ............................................................................................................

W przypadku braku deklaracji zatrudnienia proszę uzasadnić: ......................................................

..........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

Wyrażam zgodę na przetwarzanie, w rozumieniu przepisów o ochronie danych osobowych mojej firmy dla celów wynikających z ustawy z dnia 20.04.2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2018r., poz. 1265 i 1149).

**Informacja dla organizatora stażu:**

**U organizatora stażu, który nie jest pracodawcą\*\*, staż może odbywać jednocześnie jeden bezrobotny.**

**U organizatora stażu, który jest pracodawcą, staż mogą odbywać jednocześnie bezrobotni w liczbie nieprzekraczającej liczby pracowników zatrudnionych u organizatora w dniu składania wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy.**

**Bezrobotny nie może odbywać ponownie stażu u tego samego organizatora na tym samym stanowisku pracy, na którym wcześniej odbywał staż.**

**Czas pracy bezrobotnego odbywającego staż nie może przekraczać 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo, a bezrobotnego będącego osobą niepełnosprawną zaliczoną do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności – 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo.**

**Bezrobotnemu odbywającemu staż przysługuje prawo do równego traktowania na zasadach przewidzianych w przepisach rozdziału IIa w dziale pierwszym ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. - Kodeks pracy tekst jednolity z dnia 08.09.2016 (Dz. U. z 2016 poz. 1666 z późn. zm.)**

\*\*pracodawca – oznacza to jednostkę organizacyjną, chociażby nie posiadała osobowości prawnej, a także osobę fizyczną, jeżeli zatrudniają one co najmniej jednego pracownika.

3

**INFORMACJA O DOTYCHCZASOWYM KORZYSTANIU Z POMOCY POWIATOWEGO URZĘDU PRACY W SKIERNIEWICACH W ORGANIZOWANIU STAŻY W OKRESIE OSTATNICH 24 MIESIĘCY:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STAŻE** | | | |
| 1. | Rok |  |  |
| 2. | Liczba stażystów |  |  |
| 3. | Liczba zatrudnionych bezrobotnych w trakcie lub po stażu |  |  |

.............................................. .......................................................

/pieczątka organizatora stażu/ /podpis i pieczątka organizatora stażu/

**ZAŁĄCZNIKI:**

W przypadku instytucji pożytku publicznego kserokopia dokumentu powołującego osobę kierującą jednostką organizacyjną (oryginał do wglądu);

W przypadku spółek cywilnych – kserokopia umowy spółki wraz z aneksami (oryginał do wglądu);

3. Oświadczenie organizatora stażu o niezaleganiu / zaleganiu z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń i z opłacaniem składek na ubezpieczenie. O niezaleganiu / zaleganiu z opłacaniem w terminie innych danin publicznych oraz  czy nie toczy się / toczy się postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację;

4. Oświadczenie organizatora stażu o stanie zatrudnienia;

5. Druk oferty pracy.

DECYZJA DYREKTORA POWIATOWEGO URZĘDU PRACY

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.................................................. .................................................

data / podpis i pieczątka/

4

Załącznik do wniosku

......................................................

/pieczęć organizatora stażu/

**PROGRAM STAŻU**

Nazwa zawodu lub specjalności (zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności)

......................................................................................................................................................

Nazwa stanowiska ........................................................................................................................

Zakres wykonywanych zadań:

- zapoznanie się z przepisami BHP i PP.

.......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

Rodzaj uzyskanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

Sposobem potwierdzenia nabytych kwalifikacji i umiejętności zawodowych będzie sprawozdanie osoby bezrobotnej oraz opinia organizatora stażu.

..........................................................

/podpis i pieczątka organizatora stażu/

5

......................................dnia .........................

........................................

pieczęć organizatora stażu

**Dane dotyczące stanowiska pracy na które skierowany jest bezrobotny**

**w celu odbycia stażu.**

1/ czynniki szkodliwe dla zdrowia................................................................................................

......................................................................................................................................................

2/ warunki uciążliwe ...................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

3/ wyniki pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia .........................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

4/ wymagania dotyczące predyspozycji psychofizycznych i zdrowotnych

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................

/podpis i pieczątka organizatora stażu/

6

........................................................................................

nazwa organizatora stażu

.........................................................................................

adres organizatora stażu

**Oświadczam, że:**

1. **nie zalegam / zalegam\*** z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych;
2. **nie zalegam / zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem   
   w terminie innych danin publicznych;
3. **nie toczy się / toczy się\*** w stosunku do organizatora stażu postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację;

...................................................... ..............................................................

/podpis i pieczątka pracownika urzędu/ /data, podpis i pieczątka organizatora stażu/

\*niepotrzebne skreślić

7

................................................ dnia .............................

......................................................................

Pieczątka organizatora stażu

Oświadczam, iż stan zatrudnienia w przeliczeniu na pełne etaty w ciągu ostatnich 6 miesięcy przedstawia się następująco:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Miesiąc-rok | **Liczba pracowników**  **zatrudnionych w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy** | Przyczyna zmniejszenia zatrudnienia |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |

................................................................................

/podpis i pieczątka organizatora stażu/

8