



.....
(data wpływu - pieczęć urzędu)

.....
(pieczęć organizatora stażu)

....., dnia

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O ZORGANIZOWANIE STAŻU DLA OSÓB BEZROBOTNYCH

Podstawa prawna: art. 53 Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
(tekst jednolity Dz. U. z 2017 poz. 1065 ze zm.) i Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009r.
w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz. U. Nr 142 poz. 1160)

1) DANE ORGANIZATORA STAŻU:

- nazwa firmy lub imię i nazwisko:.....
- siedziba /adres/.....
- miejsce prowadzenia działalności /adres/.....
- imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania organizatora stażu:
.....
- tel./fax:...../..... e-mail:.....
- NIP ____ - ____ - ____ - ____ REGON ____
- forma prawna:.....
- rodzaj działalności:.....

2) DANE DOTYCZĄCE SKIEROWANIA NA STAŻ OSÓB BEZROBOTNYCH:

- Liczba bezrobotnych odbywających staż u organizatora w dniu złożenia wniosku :
w okresie od do
- Liczba osób bezrobotnych, których organizator gotów jest przyjąć na staż:
- Proponowany okres odbywania stażu
☐ 3 miesiące ☐ 6 miesięcy ☐ 12 miesięcy ☐ inny m-cy
- Informacje dotyczące zawodu / stanowiska stażu:

nazwa zawodu / kod zawodu ¹	
stanowisko	
zakres zadań zawodowych	- -
poziom wykształcenia	-
minimalne kwalifikacje niezbędne do podjęcia stażu	-
wymagane predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne	-

¹ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27.04.2010r. w sprawie kwalifikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu ich stosowania (tekst jednolity Dz.U. 2014, poz. 760 ze zm.)

- System i rozkład czasu pracy:
praca w godzinach: od do
jednozmianowa / dwuzmianowa / trzyzmianowa / w niedziele i święta / w porze nocnej*
- Miejsce odbywania stażu:
.....
- Proponowany opiekun osób skierowanych na staż (opiekun bezrobotnego odbywającego staż może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż 3 osobami bezrobotnymi odbywającymi staż):

LP	Imię i nazwisko opiekuna	Stanowisko opiekuna	Aktualna liczba stażystów pod opieką opiekuna
1.			
2.			

- Imię i nazwisko kandydata/ów (PESEL)**:

** w przypadku niezakwalifikowania się w/w kandydata/ów organizator wyraża zgodę na skierowanie innego kandydata/ów wskazanego/ych przez urząd:

- ☐ TAK WYRAŻAM ZGODĘ
☐ NIE WYRAŻAM ZGODY

- Po zakończonym stażu deklaruję zatrudnienie osoby/osób na okres m-cy
w ramach umowy o pracę (w wymiarze etatu).

.....
(Podpis organizatora stażu
lub osoby reprezentującej organizatora)

* niewłaściwe skreślić

Załączniki:

1. Oświadczenie dotyczące stanu zatrudnienia
2. Oświadczenie
3. Dane dotyczące stanowiska pracy
4. Program stażu
5. Wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub wypis z Krajowego Rejestru Sądowego (wypis z rejestru ważny 3 miesiące od dnia wystawienia) oraz umowa spółki – jeśli działalność jest prowadzona w formie spółki cywilnej;
6. Powiat i jednostki powiatu, gminy i jednostki gmin zobowiązane są dostarczyć:
 - akt powołania (uchwałę o powołaniu jednostki),
 - wyciąg z aktu określającego zasady działania jednostki ze wskazaniem osobowości prawnej (wyciąg ze statutu lub wyciąg z regulaminu),
 - upoważnienie osoby do zarządzania jednostką;
7. Kserokopia dokumentu upoważniającego osobę, która jest uprawniona do działania w imieniu organizatora (nie dotyczy podmiotów wymienionych w pkt 6) – w przypadku udzielenia pełnomocnictwa.

.....
(pieczęć organizatora stażu)

OŚWIADCZENIE dotyczące stanu zatrudnienia

Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w dniu złożenia wniosku:

.....

Liczba zatrudnionych pracowników w poszczególnych 6 miesiącach poprzedzających dzień złożenia wniosku.

lp	miesiąc i rok	Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy
1		
2		
3		
4		
5		
6		

.....
Data i podpis organizatora stażu

Oświadczenie

.....
nazwa organizatora stażu

.....
adres organizatora stażu

Uprzedzony, że składanie nieprawdziwych oświadczeń spowoduje negatywne skutki prawne wynikające z przepisów prawa art. 233 kodeksu karnego oświadczam, że w dniu złożenia wniosku o odbywanie stażu:

- 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;

.....
(Data)

.....
(podpis organizatora stażu)

*niepotrzebne skreślić

.....
pieczęć organizatora stażu

**Dane dotyczące stanowiska pracy, na które skierowany będzie bezrobotny
w celu odbycia stażu**

1. Bezrobotny(a) będzie odbywał(a) staż na stanowisku:

2. Określenie stanowiska pracy (opisać: rodzaj pracy, podstawowe czynności, sposób i czas ich wykonywania):

3. Opis warunków pracy uwzględniający informacje o występowaniu na stanowisku lub stanowiskach pracy czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy, z podaniem wielkości narażenia oraz aktualnych wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tym stanowisku/stanowiskach – należy wpisać nazwę czynnika/czynników i wielkość/wielkości narażenia²:

I. Czynniki fizyczne:

II. Pyły:

III. Czynniki chemiczne:

IV. Czynniki biologiczne:

V. Inne czynniki, w tym niebezpieczne:

Łączna liczba czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy wskazanych w skierowaniu:

.....
(podpis organizatora stażu)

² Wykaz czynników szkodliwych lub uciążliwych – Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy (Dz.U. 1996 nr 69, poz. 332 ze zm.)

PROGRAM STAŽU

Nazwa zawodu lub specjalności, której program dotyczy:

[illegible]

Sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:

Opiekun osoby objętej programem stażu:

- imię i nazwisko:
- stanowisko:

Strony zgodnie oświadczają, iż realizacja w/w programu stażu, umożliwi bezrobotnemu samodzielne wykonywanie pracy na danym stanowisku lub zawodzie, po zakończeniu stażu. Zmiana programu może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej w postaci aneksu do zawartej umowy.

.....

URZAD

.....

ORGANIZATOR STAŽU