……
(data wpływu - pieczęć urzędu)

…….... .....,dnia.....
(pieczątka organizatora stażu)

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:……

  (przedsiębiorstwo państwowe, spółdzielnia, spółka akcyjna, spółka z o.o., spółka cywilna, działalność indywidualna)
- 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	- *Np. książeczka do celów sanitarno-epidemiologicznych, badania wysokościowe*

[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*

(Bezrobotny nie może odbywać stażu w niedzielę i święta, w porze nocnej, w systemie pracy zmianowej ani w godzinach nadliczbowych. Starosta może wyrazić zgodę na realizację stażu w niedzielę i święta, w porze nocnej, w systemie pracy zmianowej, o ile charakter pracy w danym zawodzie wymaga takiego rozkładu czasu pracy)

- 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. 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.

……
(pieczątka 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	Liczba pracowników **6** miesięcy przed złożeniem wniosku		
2	Liczba pracowników **5** miesięcy przed złożeniem wniosku		
3	Liczba pracowników **4** miesięcy przed złożeniem wniosku		
4	Liczba pracowników **3** miesięcy przed złożeniem wniosku		
5	Liczba pracowników **2** miesięcy przed złożeniem wniosku		
6	Liczba pracowników **1** miesięcy przed złożeniem wniosku		

W przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia proszę podać przyczyny:

...……
……
……
…….....

……..……
Data i podpis organizatora stażu

Załącznik nr 2

.....
nazwa organizatora stażu

.....
adres organizatora stażu

Oświadczenie

W imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe.

Oświadczam, że w dniu złożenia wniosku:

1) zostałem poinformowany, iż badania lekarskie kandydata na staż o stwierdzeniu braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na wskazanym we wniosku stanowisku pokrywam z własnych środków oraz nie mogę tymi kosztami obciążać osoby bezrobotnej;
2) **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;
3) **nie zalegam / zalegam*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie innych danin publicznych;
4) **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

.....
pieczątka 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):
   ……
   ……
   ……
   (*np. pracownik umysłowy – praca przy komputerze powyżej 4 godzin w pomieszczeniu biurowym; pracownik fizyczny – praca na wysokości np. powyżej 3 m, poniżej 3 m, praca na otwartej przestrzeni, praca w budynku itd.)*

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 wykonywanie 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 narażenia[2]:

   I. Czynniki fizyczne: ……..……...
   ……
   ……
   (np. hałas, drgania, pole elektromagnetyczne, promieniowanie, wibracje i in.)

   II. Pyły: …….
   …….
   ……

   III. Czynniki chemiczne: ……
   ……
   ……
   (*np. tlenek węgla, dwutlenek węgla, rozpuszczalniki, ropa naftowa, gaz ziemny, substancje rakotwórcze, dwutlenek siarki i in.)*

   IV. Czynniki biologiczne: ……...
   ……
   ……
   (np. makro i mikroorganizmy i in.)

   V. Inne czynniki, w tym niebezpieczne: ……
   ……
   ……
   (np. praca zmianowa, praca na wysokości, praca w pozycji wymuszonej i in.)

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

VI. Książeczka do celów sanitarno-epidemiologicznych: wymagana/nie wymagana*
(*niepotrzebne skreślić)

.....
(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. 2016, poz. 2067 ze zm.)

ZAŁĄCZNIK NR 1 do umowy

PROGRAM STAŻU

Nazwa zawodu lub specjalności, której program dotyczy:

……..

Zakres zadań wykonywanych przez bezrobotnego
- …….. - …….. - …….. - …….. - …….. - …….. - …….. - …….. - …….. - ……..
Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych
- …….. - …….. - …….. - …….. - ……..

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, umożliwia 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.

.... ……..

URZĄD ORGANIZATOR STAŻU