



....., dnia.....
(pieczętka 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 (Dz. U. z 2023 r. poz. 735 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:...../.....email:.....
- 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 oddo
- 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. orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych, badania wysokościowe

System i rozkład czasu pracy:

praca w godzinach: od do

jednozmianowa / dwuzmianowa / trzymianowa / 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.			

¹ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 07.08.2014 r. w sprawie kwalifikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu ich stosowania (Dz.U. 2018 r., poz. 227 ze zm.)

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)

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.

.....
(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	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:

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

.....
pieczęć organizatora stażu

.....
Data i podpis organizatora stażu

.....
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;

*niepotrzebne skreślić

.....

(Data)

.....

(podpis 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 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:

.....
.....
.....
.....
(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.)

² Wykaz czynników szkodliwych lub uciążliwych – Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy (Dz.U. 2023 r., poz. 607)

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. Orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych: wymagana/nie wymagana* (*niepotrzebne skreślić)

.....
(podpis organizatora stażu)

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, 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.

.....

URZĄD

.....

ORGANIZATOR STAŻU

**Powiatowy Urząd Pracy
w Rawie Mazowieckiej**

Podmiot składający oświadczenie:

.....
(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

.....
(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

OŚWIADCZENIE PODMIOTU/OSOBY FIZYCZNEJ

ubiegającego się udzielania bezpośredniego lub pośredniego wsparcia, w tym udzielania finansowania i pomocy finansowej lub przyznawania jakichkolwiek innych korzyści w ramach programu Unii, Euratomu lub krajowego programu państwa członkowskiego oraz umów w rozumieniu rozporządzenia (UE, Euratom) 2018/1046

Na potrzeby rozpatrzenia wniosku z dnia w sprawie.....

.....
oświadczam, że nie zachodzą wobec mnie/reprezentowanej przeze mnie osoby prawnej³ podstawy uniemożliwiającej udzielania bezpośredniego lub pośredniego wsparcia, w tym udzielania finansowania i pomocy finansowej lub przyznawania jakichkolwiek innych korzyści w ramach programu Unii, Euratomu lub krajowego programu państwa członkowskiego oraz umów w rozumieniu rozporządzenia (UE, Euratom) 2018/1046, na podstawie art. 51 rozporządzenia 833/2014 w brzmieniu nadanym rozporządzeniem 2022/576.

..... (miejscowość), dnia r.

.....
(Podpis(y) osoby/osób upoważnionej (ych))

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia w błąd przy przedstawianiu informacji.

..... (miejscowość), dnia r.

.....
(Podpis(y) osoby/osób upoważnionej (ych))

³ Niepotrzebne skreślić