



....., 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 2024 r. poz. 475) 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 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 <sup>1</sup>	.....
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.			

<sup>1</sup> 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/yh 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 <b>6</b> miesięcy przed złożeniem wniosku		
2	Liczba pracowników <b>5</b> miesięcy przed złożeniem wniosku		
3	Liczba pracowników <b>4</b> miesięcy przed złożeniem wniosku		
4	Liczba pracowników <b>3</b> miesięcy przed złożeniem wniosku		
5	Liczba pracowników <b>2</b> miesięcy przed złożeniem wniosku		
6	Liczba pracowników <b>1</b> 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 narażenia<sup>2</sup>:

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.)

---

<sup>2</sup> 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 prawnej<sup>3</sup> 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))

---

<sup>3</sup> Niepotrzebne skreślić