Sejny, dn. ..................................

Nr wniosku: WnSTAZ/…./……..

(wypełnia PUP

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

# *(pieczęć firmowa wnioskodawcy)*

# **W N I O S E K**

**o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu**

Zgodnie z art. 53 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2023r., poz. 735 z późniejszymi zmianami) oraz rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz.U. z 2009r. Nr 142, poz. 1160) występuję o zorganizowanie stażu dla bezrobotnych zarejestrowanych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Sejnach.

|  |
| --- |
| **I. Organizator** (pełna nazwa i adres siedziby organizatora oraz adres do korespondencji): |
| …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| telefon……….…….………..…… faks ……….………..………….e-mail ………….….…………………. |
| REGON…………………………………….………… NIP …………………………………………………………. PKD 2007.……………..……lub nr Identyfikacyjny Gospodarstw Rolnego……...…........................⁯⁯⁯⁯⁯  NIP ⁯⁯⁯-⁯⁯-⁯⁯-⁯⁯⁯ |
| Osoba upoważniona do **reprezentowania** organizatora: imię i nazwisko …………….…………………………....., stanowisko służbowe …………………….………………………, e-mail ……………………………..……………, telefon kontaktowy ……………………………...…. |
| Osoba wyznaczona do kontaktu z Urzędem Pracy: imię i nazwisko ………………………………......, stanowisko służbowe ……………………………………………….…………, e-mail ……………………..……………………, telefon kontaktowy ………………………………..……………….…...……………..………..……………….…... |
| Forma prawna organizatora:……………………………………….……………………..……………….…... |
| Rodzaj działalności: ……………………………………………….……………………..……………….…... |
| Data rozpoczęcia prowadzenia działalności:……………………………………………..……………….…... |
| Forma opodatkowania:…………………………………………….…………………….……………….…... |
| Liczba osób obecnie zatrudnionych w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy: ……………………….. |
| Liczba osób odbywających staż u organizatora w dniu składania wniosku: ………………………………. |

II. Dane dotyczące stanowisk pracy, na które osoby bezrobotne będą kierowane do odbycia stażu:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **nazwa zawodu lub specjalności** zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy | nazwa komórki organizacyjnej i stanowiska pracy | ilość miejsc | pożądane kwalifikacje, poziom wykształcenia, predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne | Kandydat do odbycia stażu  (imię, nazwisko, data urodzenia, adres) |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |

1. Miejsce odbywania stażu (adres)............………………………………………………………………...
2. \*\*Opiekun osoby/osób objętej/ych programem stażu: imię i nazwisko ………….…………..………….…..…, zajmowane stanowisko:…………..…………………..…….., wykształcenie………………………………….
3. Wnioskuję o skierowanie (liczba osób) …......... bezrobotnego/ych do odbycia stażu.
4. Proponowany okres stażu: ....................................................................... (nie krótszy niż 3 miesiące).
5. Czy staż odbywać się będzie:

- w niedziele i święta TAK**\***/NIE (jeżeli TAK należy uzasadnić)

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

- w systemie pracy zmianowej TAK**\***/NIE (jeżeli TAK należy uzasadnić)

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

- w porze nocnej TAK**\***/NIE (jeżeli TAK należy uzasadnić)

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

1. Godziny pracy stażysty .....................................................................................................................
2. Wymagania lekarskie na danym stanowisku

(właściwe zaznaczyć X, w przypadku czynników szkodliwych i innych badań należy podać jakie)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa stanowiska pracy | **Rodzaj badania** | | | |
| Podstawowe | Do celów sanitarno-epidemiologicznych | Do prac na wysokości | Z czynnikami szkodliwymi i inne (podać jakie) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**III. Dotychczasowa współpraca z Powiatowym Urzędem Pracy w Sejnach w zakresie organizowania subsydiowanego zatrudnienia, staży i przygotowania zawodowego w miejscu pracy dla osób bezrobotnych w okresie ostatnich 12 m-cy:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **forma aktywizacji zawodowej**  (prace interwencyjne, roboty publiczne, staż, przyg. zawodowe)  **NUMER UMOWY** | **liczba osób przyjętych** przez organizatora w ramach ww. formy aktywizacji zawodowej | **liczba osób zatrudnionych** po zakończeniu subsydiowanego zatrudnienia, stażu lub przygotowania zawodowego | **liczba osób, które są zatrudnione** do dnia dzisiejszego po zakończonym okresie subsydiowanego zatrudnienia, stażu lub przygotowania zawodowego |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Oświadczenia organizatora:**

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych oświadczeń (art. 233 §1 i §2 k.k.) oświadczam, że w dniu złożenia wniosku:

1. **nie zalegam/zalegam\*** z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych;
2. **nie posiadam/posiadam\*** zadłużeń w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych z tytułu opłat składek na ubezpieczenie społeczne,
3. **nie posiadam/posiadam\*** zadłużeń w Urzędzie Skarbowym z tytułu zobowiązań podatkowych,
4. **nie posiadam/posiadam\*** zaległości w opłacaniu składek wobec [Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego](http://www.krus.gov.pl/),
5. wszystkie dane i informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą,
6. nie toczy się w stosunku do jednostki, którą reprezentuję postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o jej likwidację,
7. w okresie do 365 dni przed dniem złożenia wniosku nie zostałam(em) skazana(y) prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych oraz nie jestem objęta(y) postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.

**Ochrona danych osobowych:**

1. Organizator stażu zobowiązany jest do stosowania Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych, uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) (Dziennik Urzędowy UE L 119), wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym (art. 6 ust. 1 lit. e) RODO) wynikającego z zapisów art. 68a *ustawy wdrożeniowej* oraz innych przepisów wykonawczych w trakcie organizacji stażu jak i po jego zakończeniu
2. Organizator stażu oświadcza, iż realizuje prawa i obowiązki administratora danych, w szczególności dopełnił obowiązków informacyjnych wynikających z art. 13-14 oraz realizuje prawa podmiotów danych wynikające z tego Rozporządzenia.
3. Klauzula informacyjna w związku z przetwarzaniem danych jest publiczna i dostępna na stronie internetowej: sejny.praca.gov.pl oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie urzędu.

\*niepotrzebne skreślić

\*\*Opiekun bezrobotnego odbywającego staż może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż 3 osobami bezrobotnymi odbywającymi staż.

|  |
| --- |
| ………………………………... |
| podpis i pieczęć imienna pracodawcy |

**Dodatkowe informacje**

1. Powiatowy Urząd Pracy w Sejnach w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku organizatora poinformuje go o sposobie rozpatrzenia wniosku.
2. Zgodnie z art. 53 ust. 1, 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jedn. Dz. U. z 2023r., poz. 735 z późn. zm.) na staż można skierować osoby bezrobotne od 3 do 6 miesięcy, a dla osób bezrobotnych, które nie ukończyły 30 roku życia od 3 do 12 miesięcy zgodnie z programem stażu.
3. Bezrobotny nie może odbywać ponownie stażu u tego samego organizatora na tym samym stanowisku pracy, na którym wcześniej odbywał staż, przygotowanie zawodowe w miejscu pracy lub przygotowanie zawodowe dorosłych.
4. U Organizatora stażu, który jest pracodawcą, staż mogą odbywać jednocześnie bezrobotni w liczbie nie przekraczającej liczby pracowników zatrudnionych u Organizatora w dniu składania wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy.
5. U Organizatora, który nie jest pracodawcą, staż może odbywać jednocześnie jeden bezrobotny.
6. Opiekun bezrobotnego odbywającego staż może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż 3 osobami bezrobotnymi odbywającymi staż.
7. Czas pracy bezrobotnego odbywającego staż nie może przekraczać 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo, a bezrobotnego będącego osobą niepełnosprawną posiadającą znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności – 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo.
8. Powiatowy Urząd Pracy w Sejnach może wyrazić zgodę na realizację stażu w niedzielę i święta, w porze nocnej lub w systemie pracy zmianowej, o ile charakter pracy w danym zawodzie wymaga takiego rozkładu czasu pracy.
9. Bezrobotnemu odbywającemu staż przysługuje prawo do dni wolnych w wymiarze 2 dni za każde 30 dni kalendarzowe odbywania stażu.
10. Rozpoczęcie odbywania stażu może nastąpić tylko i wyłącznie po zawarciu umowy o zorganizowanie stażu dla osób bezrobotnych pomiędzy Organizatorem a Urzędem Pracy w Sejnach.

**Załączniki obligatoryjne:**

1. Aktualny dokument potwierdzający formę prawną podmiotu :

* w przypadku osób fizycznych – potwierdzone za zgodność z oryginałem kserokopie zaświadczeń o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, NIP, REGON lub potwierdzenie wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (wydruk CEIDG pobrany ze strony internetowej CEIDG (<http://prod.ceidg.gov.pl>, <http://firma.gov.pl>) wydrukowany nie później niż 1 miesiąc przed dniem złożenia wniosku,
* w przypadku spółki cywilnej – potwierdzone za zgodność z oryginałem kserokopia umowy spółki cywilnej   
  oraz zaświadczeń o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej wszystkich wspólników, NIP, REGON lub potwierdzenie wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (wydruk CEIDG pobrany ze strony internetowej CEIDG (<http://prod.ceidg.gov.pl>, <http://firma.gov.pl>) wydrukowany nie później niż 1 miesiąc przed dniem złożenia wniosku wszystkich wspólników,
* w przypadku spółek prawa handlowego, stowarzyszeń i innych podmiotów potwierdzone za zgodność z oryginałem kserokopia odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego, NIP, REGON,
* w przypadku szkół i przedszkoli, urzędów publicznych itp. – potwierdzone za zgodność z oryginałem kserokopia aktu założycielskiego lub pierwszych stron statutu, NIP, REGON.
* w przypadku osób fizycznych, prowadzących działalność w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej lub prowadzących dział specjalny produkcji rolnej- zaświadczenie o prowadzeniu działalności w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej lub o prowadzeniu działu specjalnego produkcji rolnej, zaświadczenie o nadaniu numeru identyfikacyjnego gospodarstwa rolnego.

2. Uwierzytelniona kserokopia dokumentu potwierdzającego prowadzenie działalności we wskazanym miejscu odbywania stażu (dotyczy przypadku, kiedy miejsce odbywania stażu nie jest w siedzibie firmy, a adres ten nie widnieje w żadnym z powyższych załączników) – nie dotyczy administracji.

3. Uwierzytelniona kserokopia pełnomocnictwa do reprezentowania Organizatora. Pełnomocnictwo nie jest wymagane, jeżeli osoba podpisująca wniosek i umowę jest upoważniona z imienia i nazwiska do reprezentowania Organizatora w odnośnym dokumencie rejestracyjnym.

***Dokumenty złożone w formie kserokopii winny być poświadczone „Za zgodność z oryginałem”   
przez Organizatora stażu.***

***Wnioski niekompletne lub wypełnione nieczytelnie nie będą podlegały ocenie !!!***

**Wypełnia PUP w Sejnach!**

**Komisja pozytywnie / negatywnie opiniuje wniosek.**

**Sejny, dn. ………………………**

Podpisy członków komisji:

**………………………………………**

**………………………………………**

**………………………………………**

**……………………………………....**

**………………………………………**

**DECYZJA DYREKTORA PUP: pozytywna / negatywna**

**…………………………………………**

**(Data i podpis dyrektora PUP)**