**Numer wniosku: CAZ.6200.\_\_\_\_\_\_202\_\_**

**WNIOSEK**

**o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu**

/Wniosek należy wypełnić czytelnie. Wszelkie poprawki należy dokonywać poprzez skreślenie, poprawienie i ich własnoręczne zaparafowanie/

Podstawa prawna:

* Ustawa z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia
* Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych

| 1. DANE IDENTYFIKACYJNE ORGANIZATORA
 |
| --- |

1. Nazwa organizatora stażu: …………………………………………………………………………………………..
2. REGON: ……………………………………………………………………………………………………………….
3. NIP: …………………………………………………………………………………………………………………….

| 1. DANE ADRESOWE ORGANIZATORA – ADRES SIEDZIBY ORAZ ADRES DO KORESPONDENCJI
 |
| --- |

1. ADRES: ………………………………………………………………………………………………………………..

2.2. ADRES KORESPONDENCYJNY: …………………………………………………………………………………..

* 1. Telefon: ……………………………….…….….… 2.4. Adres e-mail: ………..……………………….……….…

| 1. DANE DOTYCZĄCE PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI
 |
| --- |

1. Forma prawna prowadzonej działalności: ………………………………………………………………………….
2. Podstawowy rodzaj działalności wg PKD: ………………………………………………………………………….
3. Data rozpoczęcia działalności: ……………………………………………………………………. (dd / mm / rrrr):
4. Liczba zatrudnionych osób w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy (stan na dzień złożenia wniosku):………………..

***U organizatora stażu będącego pracodawcą staż mogą odbywać bezrobotni w liczbie nieprzekraczającej liczby pracowników zatrudnionych u tego organizatora w dniu składania wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy. U organizatora stażu, który nie jest pracodawcą albo w dniu składania wniosku zatrudnia pracownika lub pracowników w łącznym wymiarze nieprzekraczającym jednego etatu, staż może odbywać jeden bezrobotny.***

| 1. OSOBA REPREZENTUJĄCA ORGANIZATORA
 |
| --- |

* 1. Imię: …………………………………………………………………………………………………………………...
	2. Nazwisko: ……………………………………………………………………………………………………………..
	3. Stanowisko pracy: ……………………………………………………………………………………………………

| 1. STANOWISKO PRACY
 |
| --- |
| **Lp.** | **Nazwa zawodu** – zgodna z klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy | **Dane kandydata na staż**  | **Proponowany okres stażu** |
|  | Nazwa zawodu:Kod:Nazwa stanowiska: | Imię:Nazwisko:PESEL: |  |

1. Miejsce odbywania stażu: …………………………………………………………………………………..
2. OPIEKUN:
* Imię i nazwisko:…………………………………………………………………………………………………
* Stanowisko opiekuna bezrobotnego odbywającego staż:…………………………………………………

***Opiekun bezrobotnego odbywającego staż może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż 3 stażystami.***

1. Rozkład czasu pracy osoby odbywającej staż:
* Godziny pracy:……………………….………………………………………………………………………

□ praca w niedziele i święta

□ praca w porze nocnej

□ praca w systemie pracy zmianowej

UZASADNIENIE:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Urząd może wyrazić zgodę na realizacje stażu w niedziele i święta, w porze nocnej lub w systemie pracy zmianowej, o ile charakter pracy* ***w danym zawodzie*** *wymaga takiego rozkładu czasu pracy* ***na uzasadniony wniosek pracodawcy****.*

1. Praca zdalna

□ TAK □ NIE

*(forma jest możliwa TYLKO u Organizatora, który posiada opracowaną procedurę pracy zdalnej zgodnie z Kodeksem Pracy)*

1. Predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne: …………………………………………………………………...

*(Organizator stażu zapewnia bezrobotnemu profilaktyczną ochronę zdrowia w zakresie przewidzianym dla pracowników.* ***Organizator stażu kieruje bezrobotnego przed rozpoczęciem stażu na badania lekarskie mające na celu stwierdzenie jego zdolności do wykonywania pracy na danym stanowisku****)*

1. Poziom wykształcenia: ……………………………………………………………………………………………
2. Minimalne kwalifikacje niezbędne do podjęcia stażu na danym stanowisku: …………………………………
3. Wskazany bezrobotny zostanie zatrudniony po zakończeniu stażu na umowę: (podać rodzaj)[[1]](#footnote-1)

…………………………………………………………………………………………………………………………

w przewidywanym okresie zatrudnienia: ………………………………………………………………………….

*Czas pracy bezrobotnego odbywającego staż nie może przekraczać 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo a bezrobotnego będącego osobą niepełnosprawną zaliczoną do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności – 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo. Czas realizacji programu stażu przez bezrobotnego odbywającego staż nie może być krótszy niż 20 godzin w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy, w przyjętym okresie rozliczeniowym nieprzekraczającym 3 miesięcy.*

| 1. WYMAGANIA DOTYCZĄCE OSÓB KIEROWANYCH NA STAŻ
 |
| --- |

**Opis zadań, jakie będą wykonywane podczas stażu przez bezrobotnego / inną osobę uprawnioną.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa komórki organizacyjnej i stanowiska pracy** | **Zakres zadań wykonywanych przez bezrobotnego** | **Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych** |
|  | 1. Zapoznanie z przepisami BHP i p. poż. oraz regulaminami i przepisami w miejscu pracy
 |  |

| 1. OŚWIADCZENIA ORGANIZATORA
 |
| --- |

Oświadczam, że:

□ nie zostałem(am) / □ zostałem(am) – w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo

□ nie jestem / □ jestem – objęty(a) postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.

| 1. ZAŁĄCZNIKI
 |
| --- |

* 1. Pełnomocnictwo w przypadku podpisywania umowy przez inną osobę niż właściciel.
	2. W przypadku spółki cywilnej do wniosku należy dołączyć umowę spółki – kserokopia wraz z oryginałem do wglądu.
	3. Inne: ………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………..**Kserokopie przedkładanych dokumentów powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem**.

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

| …………………………………Data złożenia (dd / mm / rrrr) | ……………………………………………………Podpis wnioskodawcy |
| --- | --- |

Uwaga: Osoby kierowane na staż muszą spełniać warunki określone w ustawie o rynku pracy i służbach zatrudnienia z dnia 20 marca 2025 r., oraz w Zasadach organizacji i finansowania instrumentów rynku pracy przez Powiatowy Urząd Pracy w Dąbrowie Tarnowskiej.

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/a ………………………………………… (imię i nazwisko)

**Podlegam/nie podlegam\*** wykluczeniu z ubiegania się o udzielenie wsparcia na podstawie przepisów ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego. Ponadto oświadczam, iż **jestem/nie jestem\*** powiązany z osobami lub podmiotami, względem których stosowane są środki sankcyjne i które figurują na listach unijnych i krajowych oraz **znajduję się/nie znajduję się\*** na takiej liście. Przed złożeniem oświadczenia zapoznałem się z aktualną listą osób/podmiotów objętych sankcjami.

 ………………………………………….

 (data i podpis Wnioskodawcy)

**\*** Niepotrzebne skreślić

**Weryfikacja oświadczenia – wypełnia pracownik PUP**

Wnioskodawca nie figuruje w rejestrze osób i podmiotów, względem których stosowane są środki sankcyjne, umieszczonym na stronie BIP MSWiA.

Data weryfikacji …………………………… Podpis pracownika……………………………

1. Wskaźnik efektywności zatrudnieniowej- oznacza to udział procentowy liczy osób, które w trakcie nie później niż w okresie 180 dni od dnia zakończenia realizacji podstawowych form pomocy w roku budżetowym wykonywały pracę niesubsydiowaną przez co najmniej 90 dni (…) [↑](#footnote-ref-1)