Zabrze, dnia …………………………………………

………………………………………………………

(pieczęć firmowa Wnioskodawcy)

**WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O ZORGANIZOWANIE STAŻU**

*Na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2022 r. poz. 690 z późn.zm. .) oraz w Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz. U. Nr 142, poz. 1160)*

1. **DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY:**
2. Nazwa lub imię i nazwisko ………………………………………………………………………………………………………………
3. Siedziba ………………………………………………………………………..……………………………..…………………………………
4. Adres do korespondencji …………………………………………………………………………….…………………………………
5. Telefon/Fax ……………………………………………………………………………………………………………………………………
6. E-mail …………………………………………………………………………………………………………..…………………………..……



























































































1. NIP - - - REGON PKD
2. Data rozpoczęcia działalności (dd-mm-rr) ………………………………………………………………………………………
3. Miejsce prowadzenia działalności …………………………………………………………………………………………………..
4. Forma prawna ………………………………………………………………………………………………………………………………..
5. Rodzaj prowadzonej działalności ……………………………………………………………………..…………………………….
6. Liczba zatrudnionych pracowników na umowę o pracę

(w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy) …………………………………………………………………………………

1. Liczba zatrudnionych osób na inne umowy ………………………..…………………………………………………………..

Rodzaj umowy …………………………..…………………………………………………………………………………….……………..





TAK

NIE

1. Czy wnioskodawca jest w stanie upadłości lub likwidacji?
2. Czy wnioskodawca jest skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw





TAK

NIE

pracowniczych lub jest objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie?

1. Czy w okresie ostatnich 6 miesięcy liczba pracowników uległa zmniejszeniu o 10%?





TAK

NIE

Jeżeli TAK, z jakiego powodu? …………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………

1. Informacja dotycząca osoby reprezentującej Wnioskodawcę

(upoważnionej do zawarcia umowy – zgodnie z KRS, umową spółki itp.)

Imię i nazwisko ……………………………………………………………..………………………………………………………………..

Stanowisko służbowe ……………………………………………………..………….………………………………………………….

1. Informacja dotycząca osoby upoważnionej do przeprowadzenia rozmów kwalifikacyjnych   
   z kierowanymi bezrobotnymi:

Imię i nazwisko ……………………………………………….………………………….…………………………………………………..

Telefon kontaktowy ………………………………………………………………….…………………………………………………….

1. Miejsce kontaktu skierowanego bezrobotnego z upoważnionym pracownikiem Wnioskodawcy

…………………………………………………………………………………………… w godzinach ……………………………………..

1. **DANE DOTYCZĄCE STAŻU:**
2. Wnioskowana ilość osób skierowanych na staż ………………………………………………………………………………
3. Wnioskowany okres realizacji stażu (min. 3 miesiące) ……………………………………………………………………
4. Miejsce odbywania stażu (dokładny adres) …………………………………………………………………………………….
5. Godziny pracy na stażu (jedna zmiana - 8 godzin): od ……………………..……. do ………………………….…….
6. Informacja dotycząca opiekuna bezrobotnego odbywającego staż

(opiekun może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż 3 stażystami)

Imię i nazwisko ……………………………………………………..………………………………………………………………………..

Stanowisko służbowe ……………………………….…………………………………………………………………………………….

1. Czy po zakończeniu stażu bezrobotny zostanie zatrudniony,





TAK

NIE

w tym także w ramach umowy cywilno-prawnej?

Jeżeli TAK, proszę wskazać ilość osób i minimalny okres zatrudnienia

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Informacja o kandydacie do odbycia stażu

Imię i nazwisko ………………….………..………………………………………………………………………………………………..

Data urodzenia ………………………….…………….…………………………………………………………………………………….

**Oświadczam, że wskazany kandydat nie jest spokrewniony ani spowinowacony z Wnioskodawcą.**

1. Ilość osób odbywających staż u Wnioskodawcy na dzień składania wniosku …………..…………………….
2. Informacja w zakresie organizowanego stażu:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa  stanowiska pracy | Nazwa zawodu zgodnie  z klasyfikacją zawodów  i specjalności\* | Nazwa komórki organizacyjnej | Ilość osób | Zakres zadań  zawodowych | Wykształcenie | Predyspozycje psychofizyczne  i minimalne kwalifikacje |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |

\* zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. z 2018 r. poz. 227).

**Oświadczam, że zapoznałam/-em/-liśmy się z regulaminem w sprawie organizacji stażu dla osób bezrobotnych i poszukujących pracy przez Powiatowy Urząd Pracy w Zabrzu (dostępny na stronie** [**www.pupzabrze.pl**](http://www.pupzabrze.pl)**).**

**Oświadczam/-y, że wszystkie informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

**Wiarygodność informacji podanych w niniejszym wniosku i załączonych do niego dokumentów stwierdzam/-y własnoręcznym podpisem.**

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

(pieczęć i podpis osoby/osób

uprawnionej/-ych do reprezentowania Wnioskodawcy)

**Załączniki do Wniosku:**

1. Załącznik nr 1 - Informacja dotycząca współpracy Wnioskodawcy z Powiatowymi Urzędami Pracy
2. Załącznik nr 2 - Oświadczenie
3. Załącznik nr 3 - Program stażu

**UWAGI:**

1. U Wnioskodawcy będącego organizatorem stażu, który jest pracodawcą, staż mogą odbywać jednocześnie bezrobotni w liczbie nieprzekraczającej liczby pracowników zatrudnionych  
   u Wnioskodawcy w dniu składania wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy.
2. U Wnioskodawcy będącego organizatorem stażu, który nie jest pracodawcą, staż może odbywać jednocześnie jeden bezrobotny.
3. Zgodnie z art. 64 § 2 kodeksu postępowania administracyjnego wniosek złożony bez kompletu załączników bądź zawierający braki mogą nie być rozpatrywane w przypadku ich nieuzupełnienia pomimo wezwania do usunięcia braków we wskazanym terminie.
4. Obowiązek przeprowadzenia badań lekarskich dla osób zakwalifikowanych na staż ciąży na Organizatorze stażu (pracodawcy lub przedsiębiorcy składającego wniosek o zawarcie umowy  
   o zorganizowanie stażu). Zgodnie z treścią § 6 ust. 1 pkt 4 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009 roku w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz. U. Nr 142, poz. 1160) Organizator stażu „zapewnia bezrobotnemu profilaktyczną ochronę zdrowia w zakresie przewidzianym dla pracowników”. Tym samym przedmiotowe Rozporządzenie odsyła do Rozdziału VI Profilaktyczna ochrona zdrowia Ustawy  
   z dnia 26 czerwca 1974 roku Kodeks pracy (Dz. U. z 2016, poz. 1666 z późniejszymi zmianami) i zgodnie z art. 229 przywołanego aktu prawnego to Organizator stażu jest zobowiązany do skierowania przyjmowanej na staż osoby na niezbędne badania.
5. **Zgodnie z art. 13** Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) **Powiatowy Urząd Pracy w Zabrzu, Plac Krakowski 9,  
   41-800 Zabrze** informuje, iż jest:

1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych oraz Administratorem przekazanych przez Panią/Pana danych osobowych,

2) Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych: iod@pupzabrze.pl,

3) Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji umowy - na podstawie Art. 6 ust. 1  
lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r,

4) Odbiorcami danych osobowych będą: sądy, ministerstwa, wojewoda, gminy, starostwa, PIP, NIK, komornik, policja, organy skarbowe, prokuratura,

5) Dane osobowe przechowywane będą przez okres 6 lat lub w oparciu o uzasadniony interes realizowany przez administratora,

6) Podmioty przetwarzania danych posiadają prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,

7) Podmiot przetwarzania danych ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego jeśli jego zdaniem, przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO,

8) Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych może skutkować odmową zawarcia umowy,

9) Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

***ZAŁĄCZNIK NR 1***

1. ...................................................................
2. (pieczęć firmowa Wnioskodawcy)

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WSPÓŁPRACY WNIOSKODAWCY**

**Z POWIATOWYMI URZĘDAMI PRACY**

Wnioskodawca w ciągu ostatnich 2 lat organizował lub obecnie organizuje staż, w tym również w ramach bonu stażowego: **TAK/NIE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Urząd Pracy,  który zorganizował/organizuje  staż | Nr umowy/rok | Okres  odbywania stażu | Ilość osób odbywających staż | Ilość osób zatrudnionych  po okresie stażu |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Wnioskodawca w ciągu ostatnich 2 lat korzystał lub obecnie korzysta z jednorazowych środków na rozpoczęcie działalności gospodarczej lub/i subsydiowanego zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych, doposażenia stanowiska pracy, robót publicznych, bonów zatrudnieniowych, dofinansowania zatrudnienia osób po 50 roku życia oraz refundacji kosztów wynagrodzenia i składek osób do 30 roku życia lub innych form refundowanych przed urząd: **TAK/NIE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Urząd Pracy,  który udzielił/udziela  wsparcia | Nr umowy/rok | Okres  trwania umowy | Ilość  osób zatrudnionych | Ilość osób objętych zobowiązaniem wynikającym  z umowy do zatrudnienia | Ilość osób zatrudnionych po okresie umowy |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

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

(pieczęć i podpis osoby/osób

uprawnionej/-ych do reprezentowania Wnioskodawcy)

***ZAŁĄCZNIK NR 2***

…...................................................................

(pieczęć firmowa Wnioskodawcy)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam/-y, że na dzień składania wniosku o skierowanie bezrobotnego do odbycia stażu zalegam/-y/nie zalegam/-y\* z opłacaniem składek ZUS i zalegam/-y/nie zalegam/-y\* z opłacaniem podatków.

Zabrze, dnia …………………………………….............................................................................

(pieczęć i podpis osoby/osób

uprawnionej/-ych do reprezentowania Wnioskodawcy)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* - niepotrzebne skreślić

***ZAŁĄCZNIK NR 3***

**PROGRAM STAŻU**

**(WNIOSKODAWCA UZUPEŁNIA PROGRAM STAŻU**

**ODDZIELNIE DLA KAŻDEGO ZAWODU LUB SPECJALNOŚCI)**

Program stażu dla .....................................................................................................................................

(nazwa zawodu lub specjalności)

**Zakres wykonywanych zadań:**

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

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

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

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

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

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

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

**Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:**

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

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

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

**Sposób potwierdzania nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:**

*Opinia zawierająca informacje o zadaniach realizowanych przez bezrobotnego oraz umiejętnościach praktycznych pozyskanych w trakcie stażu.*

**Opiekun osoby / osób objętych programem stażu:**

**Imię i nazwisko**............................................................................................

**Stanowisko służbowe**.....................................................................................

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

(pieczęć i podpis osoby/osób

uprawnionej/-ych do reprezentowania Wnioskodawcy)

**Uwaga!**

Wnioskodawca, jako organizator stażu, po zakończeniu realizacji programu wydaje bezrobotnemu **opinię** zawierającą informacje o zadaniach realizowanych przez bezrobotnego oraz umiejętnościach praktycznych pozyskanych w trakcie stażu (art. 53 § 5 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy - Dz. U. z 2022 r. Poz. 690 ).