|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pieczątka firmowa Organizatora** | | | | | | | | | | | | **Data wpływu do PUP** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Pozycja w rejestrze wniosków PUP** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O ZORGANIZOWANIE STAŻU (obowiązujący w 2018 r.)**  *na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* ***(tekst jednolity Dz. U. z 2018 r. poz. 1265 z póź.zm. i poz. 1149)*** *oraz w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz. U. z 2009 r. Nr 142, poz. 1160).*  *Wniosek należy wypełnić czytelnie: komputerowo lub ręcznie (****POLA BIAŁE****). Wszelkie skreślenia i poprawki muszą być parafowane przez wnioskodawcę. Każda pozycja we wniosku musi zostać wypełniona, w przypadku, gdy którykolwiek punkt wniosku nie dotyczy wnioskodawcy należy wpisać „nie dotyczy”* ***lub wykreślić.*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **A. DANE UPRAWNIONEGO PODMIOTU ZWANEGO DALEJ ORGANIZATOREM** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ **Pracodawca (jednostka organizacyjna, chociażby nie posiadała osobowości prawnej, a także osoba fizyczna, jeżeli zatrudnia co najmniej jednego pracownika)\***  □ **Przedsiębiorca niezatrudniający pracownika\***  □ **Rolnicza spółdzielnia produkcyjna\***  □ **Pełnoletnia osoba fizyczna, zamieszkująca i prowadząca na terytorium RP, osobiście i na własny rachunek, działalność w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej, w tym ogrodniczej, sądowniczej, pszczelarskiej, i rybnej, w pozostającym w jej posiadaniu gospodarstwie rolnym obejmującym obszar użytków rolnych o powierzchni 2 ha przeliczeniowe lub prowadząca dział specjalny produkcji rolnej, o którym mowa w ustawie z dnia 20 grudnia 1990 roku o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz.U. z 2016r. poz.277, z późn. zm.)\***  *\* właściwy kwadrat oznaczyć x* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Pełna nazwa Organizatora (firma lub imię i nazwisko) - zgodnie z dokumentacją rejestracyjną - CEIDG, KRS, inne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Adres siedziby Organizatora i dane kontaktowe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| telefon: | |  | | | | e-mail: | |  | | | | | | | | | | | | | | | fax: | | |  | |
| 3. Adres miejsca prowadzenia działalności przez Organizatora (jeżeli jest taki sam jak adres siedziby wpisać jw.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Adres do korespondencji (jeżeli jest taki sam jak adres siedziby jw.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Forma prawna (przedsiębiorstwo państwowe, spółdzielnia, spółka akcyjna, spółka z o.o., spółka cywilna, osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, jednostka samorządu terytorialnego itp.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Podstawowy rodzaj działalności Organizatora (według Polskiej Klasyfikacji Działalności - PKD) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Kod PKD/EKD** | | | | | **Opis (zakres działalności)np. handel jaki:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Data rozpoczęcia działalności | | | | | 8. Nr identyfikacji podatkowej NIP | | | | | | | | | | | | 9. Nr statystyczny REGON | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 10. Nr KRS (jeżeli został nadany)\* | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 11. Nr identyfikacyjny gospodarstwa rolnego nadany przez ARiMR\*\* | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 12. Powierzchnia gospodarstwa rolnego\*\* (w hektarach przeliczeniowych) | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| *\* dotyczy spółek prawa handlowego, spółdzielni, stowarzyszeń, fundacji, zakładów opieki zdrowotnej \*\* dotyczy osób prowadzących działalność w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby upoważnionej do reprezentowania Organizatora (tj. do podpisania umowy zgodnie z dokumentacją rejestracyjną – CEIDG, KRS, inne) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. Liczba pracowników **zatrudnionych** u Organizatora na dzień złożenia wniosku | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| 14a. W tym **w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy**\*\*\* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| *\*\*\* Do liczby pracowników nie wlicza się m.in. właścicieli, osób wykonujących pracę w ramach umowy zlecenia, umowy o dzieło, praktykantów.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **B. DANE DOTYCZĄCE WSPÓŁPRACY ORGANIZATORA Z PUP W CIĄGU OSTATNICH 12 MIESIĘCY** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Czy Organizator zawierał umowy o zorganizowanie stażu w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku **TAK/NIE** - właściwe wpisać | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Liczba osób **przyjętych** na staż w ramach umów zawartych z PUP w Chrzanowie ***(ostatnie 12 m-cy)*** | | | | | | | | | | | | | | Ilość osób **zatrudnionych** po zakończeniu stażu z umów zawartych z PUP w Chrzanowie ***(ostatnie 12 m-cy)*** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Liczba osób odbywających staż **na dzień złożenia wniosku**: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 2a. w ramach zawartych umów **z PUP w Chrzanowie** (wskazać liczbę osób) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| 2b. w ramach zawartych umów **z innymi urzędami pracy** (wskazać liczbę osób) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **C. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI MIEJSCA PRACY W RAMACH STAŻU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Liczba przewidywanych miejsc pracy, na których bezrobotni będą odbywać staż\* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| *\*U organizatora stażu, który jest pracodawcą, staż mogą odbywać jednocześnie bezrobotni w liczbie nieprzekraczającej liczby pracowników zatrudnionych u organizatora w dniu składania wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy. U organizatora stażu, który nie jest pracodawcą, staż może odbywać jednocześnie jeden bezrobotny.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Proponowany okres odbywania stażu\*\* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| *\*\* Możliwy okres stażu dla osób bezrobotnych nie krótszy niż 3 m-ce* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Szczegółowe dane dotyczące wolnego miejsca pracy w ramach stażu: *Wypełnić w oparciu o Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r.* ***( tekst jednolity Dz. U. z 2018 r. poz. 227)*** *w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wnioskowana liczba osób | | Poziom wykształcenia osoby bezrobotnej (ewentualnie kierunek, specjalność) | | | | | | | | Nazwa zawodu lub specjalności zgodnie klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy | | | | | | | | | | | | | | | | Nazwa stanowiska pracy | | |
|  | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| 4. Dane kandydata/kandydatów na staż\* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4a.Imię i nazwisko i data urodzenia kandydata, | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 4b.stopień pokrewieństwa | | | | | | | | | | | | | | □ TAK ……………………… (jaki?) □ NIE | | | | | | | | | | | | | | |
| *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 dla dorosłych.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*W przypadku niezakwalifikowania się ww. kandydata/ów organizator wyraża zgodę na skierowanie innego kandydata/ów wskazanego/ych przez Urząd **TAK/NIE** – właściwe wpisać | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| z grupy osób bezrobotnych (właściwy kwadrat oznaczyć x): | | | | | | | | | | | | | | | | □ do 30 roku życia □ powyżej □ **osoba niepełnosprawna poszukująca pracy**  niepozostająca w zatrudnieniu (**PFRON)** | | | | | | | | | | | | |
| 5. Dane opiekuna bezrobotnego odbywającego staż: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Imię i nazwisko** | | | | | **Stanowisko służbowe** | | | | | | | | | | | **Liczba stażystów znajdujących się pod opieką wskazanego opiekuna na dzień złożenia wniosku\*\*** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| *\*\*Opiekun bezrobotnego nie może sprawować opieki nad więcej niż* ***3 osobami*** *bezrobotnymi.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. **Miejsce odbywania stażu** (wskazać dokładny adres wynikający z dokumentacji rejestracyjnej CEIDG, KRS lub innego dokumentu stanowiącego załącznik do wniosku)  **\* Osoby bezrobotne nie będą kierowane na miejsca stażu znajdujące się w miejscu zamieszkania organizatora (mieszkanie prywatne)** | | | | | | | | | | | | ………………………………………………………………………………………………………………… **Oświadczenie:  *- pod wskazanym adresem jako miejsce wykonywania stażu prowadzona jest działalność gospodarcza,***  ***- są spełnione/nie są spełnione warunki pracy dla danego stanowiska,***  ***- miejsce stażu znajduje się /nie znajduje się w miejscu zamieszkania organizatora: .........................................................................................***  ***……………………………………………………………………………………………………………..***  ***……………………………………………………………………………………………………………..***  ***(opis miejsca stażu)*** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. **Czas pracy\*\*\*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7a. **Wymiar czasu pracy** | | | | | | | dobowy …………… | | | | | | | | | | | | tygodniowy ……………… | | | | | | | | | |
| 7b. **Zmianowość**  (właściwy kwadrat oznaczyć x) | | | | | | | | □ jedna zmiana □ inna \*\*\*\*  ***Uzasadnienie: Proszę o wyrażenie zgody na pracę ………………………………………………..***  ***……………………………………………………………………………………………………………………………..***  ***…………………………………………………………………………………………………………………………….*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7c. **Pracujące dni w tygodniu** (właściwy kwadrat oznaczyć x) | | | | | | | | **□ od poniedziałku do piątku**  **□ sobota**  **□ niedziela**  **□ inny …………….……………………………** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7d. **Godziny odbywania stażu**  (od – do w poszczególnych dniach) | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *\*\*\** ***Bezrobotny*** *skierowany na staż powinien wykonywać czynności lub zadania pod nadzorem opiekuna w wymiarze czasu pracy obowiązującym pracownika zatrudnionego na danym stanowisku lub w zawodzie, jednak* ***czas pracy bezrobotnego odbywającego staż nie może przekraczać 8 godzin na dobę, 40 godzin tygodniowo****. W przypadku* ***osoby niepełnosprawnej*** *zaliczonej do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności* ***7 godzin na dobę, 35 godzin tygodniowo****. Bezrobotny nie może odbywać stażu w niedziele 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 lub w systemie pracy zmianowej, o ile charakter pracy w danym zawodzie wymaga takiego rozkładu czasu pracy.\*\*\*\* W przypadku zaznaczenia zmianowość inna lub wskazanie pracy w niedzielę i święta, w porze nocnej (tj. między godz. 21.00 a 7.00)* ***we wniosku należy wypełnić*** *prośbę o wyrażenie zgody na ww. system pracy wraz z uzasadnieniem.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **D. DEKLARACJA ZATRUDNIENIA PO ZAKOŃCZENIU STAŻU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Liczba bezrobotnych, których Organizator zobowiązuje się zatrudnić | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 2. Okres na jaki Organizator zatrudni bezrobotnego(ych) (np. w miesiącach) | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 3. Rodzaj umowy (właściwy kwadrat oznaczyć x) | | | **□ o pracę**  **□ zlecenie ………………………………………….**  **□ inna……………….** | | | | | | | 4. Wymiar czasu pracy(właściwy kwadrat oznaczyć x) | | | | | | | | | | **□ pełny etat □ ½ etatu**  **□ inny……………….** | | | | | | |
| **E. OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **OŚWIADCZAM, ŻE: \* niewłaściwe skreślić**  1. dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są **zgodne** ze stanem faktycznym i prawnym; 2. **toczy/nie toczy się\*** w stosunku do Organizatora, którego reprezentuję postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek; 3.**zalegam/nie zalegam\***  z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych; 4. **zalegam/nie zalegam\*** z opłacaniem w terminie zobowiązań podatkowych; 5. w okresie do 365 dni przed dniem złożenia wniosku o organizację miejsca odbywania stażu **zostałem/nie zostałem\*** ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy, albo objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy; 6. **zapoznałem się** i spełniam warunki określone w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych **(Dz. U. z 2009 r. Nr 142, poz. 1160).** 7. **zapoznałem się** z zasadami dotyczącymi organizacji staży w Powiatowym Urzędzie Pracy w Chrzanowie. 8. zawarcie umowy o zorganizowanie stażu **nie spowoduje**, iż proponowany opiekun stażysty będzie pełnić funkcję opiekuna dla więcej niż 3 stażystów. 9. **przyjmuję do wiadomości**, iż Powiatowy Urząd Pracy w Chrzanowie zastrzega możliwość żądania dokumentów, mających na celu potwierdzenie danych zawartych we wniosku oraz oświadczeniu;  Powiatowy Urząd Pracy w Chrzanowie informuje, iż zgodnie z art. 59b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy ***(tekst jednolity Dz. U. z 2018 r. poz. 1265 z póź.zm. i poz. 1149)*** podaje do publicznej wiadomości wykaz pracodawców i osób, z którymi zawarto umowy o zorganizowanie stażu poprzez wywieszenie ich na okres 30 dni na tablicy ogłoszeń w siedzibie urzędu oraz na stronie internetowej. Zbiorczy wykaz przekazuje się również Powiatowej Radzie Rynku Pracy. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| miejscowość, data | | | | | | | | | | | | | Pieczątka imienna i podpis Organizatora | | | | | | | | | | | | | |
| ***Załączniki:***  **1.W przypadku gdy wnioskodawcą jest pracodawca lub przedsiębiorca:**  1) kserokopię aktualnej treści umowy spółki cywilnej w przypadku, gdy wnioskodawcą jest spółka cywilna,  2) kserokopię pełnomocnictwa do reprezentowania, w przypadku gdy umowa będzie podpisywana przez pełnomocnika,  3) oświadczenie potwierdzające formę użytkowania miejsca, w którym utworzone zostanie miejsce stażu w przypadku gdy nie wynika ono z dokumentacji rejestrowej CEIDG, KRS,  4) informacja dotycząca skierowania na staż,  5) program stażu (w trzech jednobrzmiących egzemplarzach).  **2.W przypadku gdy wnioskodawcą jest osoba fizyczna prowadząca działalność w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej lub prowadząca dział specjalny produkcji rolnej:**  1) kserokopia dokumentu potwierdzającego łączną powierzchnię i stan prawny posiadanego gospodarstwa rolnego (akt notarialny lub prawomocne orzeczenie sądu, wypis z ewidencji gruntów i budynków lub itp. lub oświadczenie),  2) oświadczenie o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu rolników oraz oświadczenie o nadanym numerze identyfikacyjnym gospodarstwa w ramach „Krajowego systemu ewidencji producentów, ewidencji gospodarstw rolnych oraz ewidencji wniosków o przyznanie płatności”),  3) oświadczenie potwierdzające prowadzenie działów specjalnych produkcji rolnej (oświadczenie o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu rolników).  **3. Dokumenty załączone w formie kserokopii należy potwierdzić „za zgodność z oryginałem” i opatrzyć podpisem oraz pieczątką imienną /firmową przez osobę uprawnioną.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACJA DOTYCZĄCA SKIEROWANIA NA STAŻ**  **Powiatowy Urząd Pracy w Chrzanowie, ul. Słowackiego 8,**  **tel. 32/ 75 33 800, fax 32/ 75 33 899, www.pup-chrzanow.pl, e-mail:krch@praca.gov.pl** | | | | | | | | | |
| **Dane dotyczące organizatora stażu-WYPEŁNIA ORGANIZATOR** | | | | | | | | | |
| **1.Pełna nazwa Organizatora (firma lub imię i nazwisko) – zgodnie z dokumentacją rejestracyjną - CEIDG, KRS, inne** | | | **8. Nazwa zawodu lub specjalności zgodnie klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy, kod zawodu** | | **……………………………………………………..**   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  | | | | | |
|  | | | **9. Nazwa stanowiska pracy** | | **………………………………………………………** | | | | |
| **10.imię i nazwisko, data urodzenia kandydata na staż (PESEL)** | | **…………………………………………………….**  **…………………………………………………….** | | | | |
| **2. Adres siedziby Organizatora i dane kontaktowe** | | | **11.poziom wykształcenia osoby bezrobotnej**  **(właściwy kwadrat oznaczyć x)** | | **□ gimnazjalne +kurs**  **□ zawodowe**  **□ średnie**  **□ wyższe** | | | | |
| **kod pocztowy, miejscowość, ulica:** |  | |
| **telefon:** |  | |
| **e-mail:** |  | | **12.kierunek, specjalność** | | **……………………………………………………**  **……………………………………………………**  **……………………………………………………** | | | | |
| **fax:** |  | |
| **Imię i nazwisko osoby do kontaktu** |  | |
| **adres strony internetowej** |  | |
| **13.uprawnienia, umiejętności** | | **…………………………………………………..**  **…………………………………………………..**  **…………………………………………………..** | | | | |
| **3. Adres miejsca prowadzenia działalności przez Organizatora (jeżeli jest taki sam jak adres siedziby wpisać jw.)** | | |
|  | | | **18b. Zmianowość , godziny odbywania stażu**  **od- do**  **(właściwy kwadrat oznaczyć x)** | | **□ jedna zmiana ………………………………………………………..**  **godz. odbywania stażu od-do**  **□ dwie zmiany**  **………………………… ………………………..**  **godz. odbywania stażu od-do**  **□ inne ………………………………………………………..**  **godz. odbywania stażu od-do** | | | | |
| **3. Nr identyfikacji podatkowej NIP** | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   **……………………** |
| **4. Kod PKD/EKD** | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |   **………………………….** |
| **5.Opis (zakres działalności)np. handel jaki:** | | **…………………………..**  **…………………..…………** | **18c. Pracujące dni w tygodniu (właściwy kwadrat oznaczyć x)** | | **□ od poniedziałku do piątku**  **□ sobota**  **□ niedziela**  **□ inny …………….……………………………** | | | | |
| **6. Liczba pracowników zatrudnionych u Organizatora na dzień złożenia wniosku\*** | | |  | | --- | |  | |
| **19. Wymagania dot. predyspozycji psychofizycznych i zdrowotnych niezbędnych do podjęcia stażu (wymagana badania lekarskie zgodne ze stanowiskiem)** | | **□ praca na wysokości**  **□ badania sanepidowskie**  **□ praca przy komputerze**  **□ do 4 godz.** **□ powyżej 4 godz.** | | | | |
| **7. W tym w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy** | | |  | | --- | |  |   **Do liczby pracowników nie wlicza się m.in. właścicieli, osób wykonujących pracę w ramach umowy zlecenia, umowy o dzieło, praktykantów.** |
| **20. dodatkowe informacje** | | **………………………………………………...**  **…………………………………………………**  **…………………………………………………** | | | | |
| **ADNOTACJE URZĘDUPRACY – wypełnia PUP** | | | | | | | | | |
| **1. nr oferty** | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Ofpr** | **/** |  |  | **/** |  |  |  |  | | | **5.Liczba osób przyznanych przez pup**  **do odbycia stażu** | | |  |  | |
| **6.Imię i nazwisko wskazanego kandydata** | |
| **2.nr stanowiska** | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Stpr** | **/** |  |  | **/** |  |  |  |  | | |
| **7.Źródło finansowania**  **FP, EFS RM** | |  |  | | |
| **3.nr wniosku** | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **WnSTAŻ** | **/** |  | **/** |  |  |  |  | | |  | **8.Okres odbywania stażu** | |  |
| **4.Zgoda na realizację stażu:** | | **□ w niedzielę i święta, □ w porze nocnej**  **□ w systemie pracy zmianowej**  **□ organizator nie wnioskował** | | **9. Data przyjęcia oferty** | |  | | | |
| **10.Data odwołania oferty** | |  | | | |
| **11. pracownik przyjmujący ofertę** | |  | | | |
| **12.pracownik realizujący ofertę** | |  | | | |

***PROGRAM STAŻU***

***DLA BEZROBOTNEGO SKIEROWANEGO DO ODBYCIA STAŻU***

* u organizatora: …………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………….................................................

/pieczęć firmowa organizatora stażu/

* w komórce organizacyjnej: ………………………….…………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………..
* w zawodzie lub specjalności (zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy www.psz.praca.gov.pl/): ..................................................................................................................................................................................................................................................................

**1.Opis i zakres zadań zawodowych wykonywanych przez bezrobotnego w okresie odbywania stażu :**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**1.Osoba bezrobotna uzyska kwalifikacje umiejętności zawodowe (właściwe zaznaczyć X) do wykonywania pracy w w/w zawodzie, które po zakończeniu stażu zostaną potwierdzone przez organizatora sporządzoną opinią zawierającą informacje o zadaniach realizowanych przez bezrobotnego i umiejętnościach praktycznych pozyskanych w trakcie stażu.**

**2.Jako opiekuna osoby objętej programem stażu wskazuję:**

**................................................................................................................................................................................................**

**(imię i nazwisko - zajmowane 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 stażu może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej w postaci aneksu do umowy.***

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

/pieczątka PUP/ /podpis i pieczątka imienna organizatora/

W PRZYPADKU KILKU RÓŻNYCH STANOWISK DLA KAŻDEGO Z NICH NALEŻY SPORZĄDZIĆ ODRĘBNY PROGRAM STAŻU *Organizator niezwłocznie po zakończeniu realizacji programu stażu, jednak nie później niż w terminie 7 dni, wydaje bezrobotnemu opinię zawierającą informację o zadaniach realizowanych przez bezrobotnego i umiejętnościach praktycznych pozyskanych w trakcie stażu, na podstawie czego PUP w Chrzanowie wydaje osobie bezrobotnej zaświadczenie o odbyciu stażu.*