|  |  |
| --- | --- |
| CAZ.RRPRP.6041……………………………... |  |
|  |
| Pieczęć wnioskodawcy | pieczęć Powiatowego Urzędu Pracy  w Chrzanowie |

## WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O ZORGANIZOWANIE STAŻU

# na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia

### DANE IDENFIKACYJNE ORGANIZATORA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| nazwa firmy lub imię i nazwisko oraz adres siedziby i miejsca prowadzenia działalności (pieczęć) |  | |
| NIP, REGON |  |  |
| NIP | REGON |
| nr telefonu, adres e-mail oraz imię i nazwisko osoby do kontaktu |  |  |
|  | |

### DANE DOTYCZĄCE PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| forma prawna prowadzonej działalności |  | |
| podstawowy rodzaj działalności WG PKD/EKD |  | |
| data rozpoczęcia działalności |  | |
| liczba osób zatrudnionych u wnioskodawcy na dzień złożenia wniosku |  |  |
| umowy o pracę | umowy zlecenia, inne |
| liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy (nie wliczamy właścicieli, osóbwykonujących pracę w ramach umowy zlecenia, umowy o dzieło, praktykantów) |  | |
| umowy o pracę w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy | |

### OSOBA REPREZENTUJĄCA ORGANIZATORA (osoba uprawniona do podpisania umowy stażowej):

|  |  |
| --- | --- |
| imię i nazwisko oraz |  |
| stanowisko |  |
| nr telefonu |  |

### DANE DOTYCZĄCE LICZBY OSÓB,STANOWISKA PRACY, KANDYDATA NA STAŻ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| liczba przewidywanych miejsc odbywania stażu, dane kandydata na staż (imię i nazwisko),data urodzenia |  |  |
| liczba osób | Imię i nazwisko, data urodzenia |
| stopień pokrewieństwa TAK zaznacz jeśli dotyczy takjaki:…………………..  NIE zaznacz jeśli dotyczy tak | |
| inny kandydat TAK zaznacz jeśli dotyczy tak, NIE zaznacz jeśli dotyczy tak | |
| nazwa stanowiska pracy stażysty oraz nazwa, stanowiska, zawodu lub specjalności (zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy) | kod zawodu:……………………………………………..nazwa zawodu:………………………………………….stanowisko:……………………………………………… | |
| proponowany okres odbywania stażu w miesiącach: | nie krótszy niż 3 miesiąceinny zaznacz jeśli dotyczy inny WPISZ JAKI …………………………………... | |
| Wymagania dotyczące predyspozycji psychofizycznych i zdrowotnych niezbędnych do podjęcia stażu (zgodne z proponowanym zawodem lub specjalnością), poziomu wykształcenia oraz minimalnych kwalifikacji do podjęcia stażu przez bezrobotnego | Poziom wykształcenia osoby bezrobotnej:…………………………………………………………… Minimalne kwalifikacje:  …………………………………………………………… Wymagane predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne (np. dobry wzrok, słuch, zręczność, wysoka kultura osobista, kreatywność, komunikatywność, inne):……………………………… …………………………………………………………… Umiejętności: (np. obsługa urządzeń biurowych, znajomość języków, inne): …………………………… ……………………………………………………………  Wymagane badania lekarskie: (np. praca na wysokości, badania sanepidowskie, praca przy komputerze, inne): …………………………………….  ……………………………………………………………  …………………………………………………………… | |
| godziny pracy, system pracy i rozkład czasu pracy (czas pracy stażysty nie może przekroczyć 8 godzin na dobę i przeciętnie 40 godzin tygodniowo w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy, w przeciętnym okresie rozliczeniowym nieprzekraczającym 3 miesięcy) | zaznacz symbol X w kwadraciejedna zmiana: od…………do………………………..  dwie zmiany: od………do……… od……..do………  zaznacz symbol X w kwadracikuinny: ……………………………………………………  pracujące dni w tygodniu (wymień)………………………………………………….  zmianowość TAK zaznacz jeśli dotyczy tak, NIE zaznacz symbol X w kwadraciku uzasadnienie: Proszę o wyrażenie zgody na pracę w systemie zmianowym, (inne) UZASADNIENIE ……………………………………………………………  ……………………………………………………………  …………………………………………………………… przyjęty okres rozliczeniowy:………………………….. | |

### DANE DOTYCZĄCE MIEJSCA WYKONYWANIA STAŻU

|  |  |
| --- | --- |
| dokładny adres miejsca odbywania stażu wynikający z dokumentacji rejestrującej tj. CEIDG, KRS lub innego dokumentu | ………………………………………………………………………………………………………………………… |
| adres do korespondencji | j.w. zaznacz jeśli dotyczy j.w.inny zaznacz jeśli dotyczy inny………………………………………………….. |
| czy działalność jest zarejestrowana pod wskazanym adresem | TAK zaznacz jeśli dotyczy takNIE zaznacz jeśli dotyczy nie |
| czy lokal jest wynajmowany pod prowadzenie działalności na podstawie zawartej umowy z wynajmującym | TAK zaznacz jeśli dotyczy takNIE zaznacz jeśli dotyczy nie |
| czy miejsce stażu znajduje się w miejscu zamieszkania wnioskodawcy | TAK zaznacz jeśli dotyczy tak uzasadnij: ……………………………………. ………………………………………………………….. NIE zaznacz jeśli dotyczy nie |
| czy spełnione są warunki do odbywania stażu) | TAK zaznacz jesli dotyczy tak  NIE zaznacz jeśli dotyczy nie |
| **ADNOTACJE URZĘDU PRACY** | (wypełnia ROK)  Ofpr……………………………………………………….  Stpr……………………………………………………….  WnSTAŻ………………………………………………… |
| Pracownik przyjmujący ofertę: | (wypełnia RRPRP)  liczba przyznanych miejsc staży: ……………………..  źródło finansowania:…………………………………….  okres odbywania stażu:…………………………………  imię i nazwisko kandydata: …………………………….  (wypełnia ROK)  Data przyjęcia oferty ……………………………………  (pieczęć): |
| Pracownik realizujący ofertę: | Data zamknięcia oferty ……………………………….. (pieczęć): |

### DANE DOTYCZĄCE OPIEKUNA STAŻYSTY

|  |  |
| --- | --- |
| imię i nazwisko, wykształcenie oraz stanowisko opiekuna bezrobotnego odbywającego staż |  |
|  |
|  |
| liczba stażystów znajdujących się pod opieką wskazanego opiekuna na dzień złożenia wniosku |  |

### DEKLARACJA ZATRUDNIENIA PO UKOŃCZENIU STAŻU, WSPÓŁPRACA

|  |  |
| --- | --- |
| liczba osób |  |
| rodzaj umowy (zlecenie, o pracę, inna) |  |
| okres czasu zatrudnienia w miesiącach (min. 1m-c tj. 30dni) |  |
| wymiar czasu pracy (1/2 etatu, 1/1 etat, inny) |  |
| liczba osób odbywających staż na dzień złożenia wniosku |  |
| liczba osób odbywających staż w ramach umów zawartych z innymi urzędami pracy, wskazać jaki UP |  |

### OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA(WNIOSKODAWCY)

# oświadczam, że :

# TOCZY zaznacz jeśli dotyczy toczy NIE TOCZY SIĘ zaznacz jeśli dotyczy nie toczy siępostępowanie upadłościowe ani likwidacyjne i nie został zgłoszony wniosek;

# ZALEGAM zaznacz jeśli dotyczy zalegam NIE ZALEGAM zaznacz jeśli dotyczy nie zalegam z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem składek ZUS , US oraz FP,FGŚP,FS,FEP, oraz PFRON;

# ZOSTAŁEM zaznacz jeśli dotyczy zostałemNIE ZOSTAŁEM zaznacz jeśli dotyczy nie zostałemw okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy oraz objęty postepowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy;

# ZAPOZNAŁEM SIĘ z PRZEPISAMI zaznacz jeśli zapoznałeś się z regulaminem dotyczącym organizacji staży;

# PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI zaznacz jeśli przyjmujesz do wiadomości, iż PUP w Chrzanowie zastrzega możliwość żądania dokumentów, mających na celu potwierdzenie danych zawartych we wniosku;

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| miejscowość i data | podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnianej do podpisu |

## Oświadczam, że informacje podane przeze mnie we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym

|  |  |
| --- | --- |
| podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnianej do podpisu |  |

### ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

# kserokopia pełnomocnictwa lub pisemne upoważnienie dla osoby, która będzie zawierała umowę w imieniu wnioskodawcy;

# program stażu (zał.nr 1);

# klauzula informacyjna (zał.nr 2);

# w przypadku gdy wnioskodawcą jest osoba fizyczna prowadząca działalność w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej lub prowadząca dział specjalny produkcji rolnej (zał.nr 3);

1. oświadczenie o pracy zdalnej (zał.nr 4) kserokopia (oświadczenie stażysty w postaci papierowej lub elektronicznej, że posiada warunki lokalowe i techniczne do

wykonywania pracy zdalnej;

(zał.nr 1 do wniosku)

## PROGRAM STAŻU DLA BEZROBOTNEGO SKIEROWANEGO DO ODBYCIA STAŻU

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| u organizatora (pieczęć): |  | |
| w komórce organizacyjnej: |  | |
| na stanowisku, w zawodzie lub specjalności :(zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy) | KOD ZAWODU: |  |
| STANOWISKO: |  |

###### opis i zakres zadań zawodowych wykonywanych przez bezrobotnego w okresie odbywania stażu;

|  |
| --- |
| 1.opis i zakres zadań zawodowych wykonywanych przez bezrobotnego w okresie odbywania stażu; |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 2.zakres wiedzy lub umiejętności zawodowych przewidzianych do opanowania |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 3.sposób potwierdzenia zdobytej wiedzy lub umiejętności zawodowych |
| Opinia po zakończeniu stażu zaznacz jeśli osoba uzyska umiejętności |
| Certyfikat zaznacz jeśli osoba uzyska umiejętności |
| Inne zaznacz jeśli osoba uzyska umiejętności |
|  |
|  |
|  |

# Osoba bezrobotna uzyska UMIEJĘTNOŚCI zaznacz jeśli osoba uzyska umiejętności lub KWALIFIKACJE ZAWODOWE zaznacz jeśli osoba uzyska kwalifikacje zawodowe do wykonywania pracy w.w zawodzie, które po zakończeniu stażu zostaną potwierdzone przez organizatora sporządzoną opinią zawierającą informację o zadaniach realizowanych przez bezrobotnego i umiejętnościach praktycznych pozyskanych w trakcie stażu.

# imię i nazwisko oraz stanowisko opiekuna:

|  |
| --- |
| imię i nazwisko:………………………… stanowisko opiekuna: ………………………………………. wykształcenie: …………………………. |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| pieczęć i podpis wnioskodawcy lub osoby uprawnianej do podpisu | pieczęć Powiatowego Urzędu Pracy w Chrzanowie |

## Zmiana programu stażu może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej w postaci aneksu do umowy (w przypadku kilku stanowisk należy sporządzić odrębny program stażu)

(zał.nr 2 do wniosku)

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Wypełniając postanowienia określone w art. 13 ust. 1 i 2 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 oraz uchyleniu dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) informuje się, że:

1. Administratorem państwa danych osobowych jest PUP w Chrzanowie, ul. Słowackiego 8, 32-500 Chrzanów, tel. 32 753 38 00,fax 32/753 38 99, e-mail: krch@praca.gov.pl;
2. Administrator zgodnie z art. 37 ust. 1 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) wyznaczył inspektora ochrony danych. Inspektorem danych osobowych jest Pani Ewelina Górecka. Kontakt z inspektorem ochrony danych jest możliwy poprzez adres email: egorecka@chrzanow.praca.gov.pl;
3. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz.U. 2025, poz. 620) w celu organizacji stażu;
4. Dane osobowe mogą zostać udostępnione wyłącznie podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa;
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat od zamknięcia sprawy;
6. Przysługuje Państwu prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania;
7. Przysługuje Państwu wniesienie skargi do organu nadzorczego;
8. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Niepodanie danych uniemożliwi realizację celu, o którym mowa w pkt.3;
9. Państwa dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

Zapoznałem(am) się z klauzulą o ochronie danych osobowych.

|  |  |
| --- | --- |
| Czytelny podpis wnioskodawcy lub osoby uprawnianej do podpisu |  |

# (zał.nr 3 do wniosku)

## oświadczenie o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu rolników oraz o nadanym numerze identyfikacyjnym gospodarstwa oraz oświadczenie potwierdzające prowadzenie działów specjalnych produkcji rolnej oraz o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu rolników

# dotyczy zaznacz jeśli osoba uzyska kwalifikacje zawodowe\*należy wypełnić właściwe

# nie dotyczy zaznacz jeśli osoba uzyska kwalifikacje zawodowe

### OŚWIADCZAM, że:

# 1.jestem zaznacz jeśli osoba uzyska kwalifikacje zawodowe, nie jestem zaznacz jeśli osoba uzyska kwalifikacje zawodowe pełnoletnią osobą fizyczną, nieposiadającą statusu bezrobotnego zamieszkującą i prowadzącą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, osobiście i na własny rachunek, działalność w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej, w tym ogrodniczej, sadowniczej, pszczelarskiej i rybnej, w pozostającym w jej posiadaniu gospodarstwie rolnym;

# 2.jestem zaznacz jeśli osoba uzyska kwalifikacje zawodowe, nie jestem zaznacz jeśli osoba uzyska kwalifikacje zawodowe rolniczą spółdzielnią produkcyjną;

# 3.podlegam zaznacz jeśli osoba uzyska kwalifikacje zawodowe, nie podlegam zaznacz jeśli osoba uzyska kwalifikacje zawodowe ubezpieczeniu społecznemu rolników;

# 4.zalegam zaznacz jeśli osoba uzyska kwalifikacje zawodowe, nie zalegam zaznacz jeśli osoba uzyska kwalifikacje zawodowe z opłatami KRUS, US;

# 5.prowadzę zaznacz jeśli osoba uzyska kwalifikacje zawodowe, nie prowadzę zaznacz jeśli osoba uzyska kwalifikacje zawodowe dział specjalny produkcji rolnej, o którym mowa w ustawie z dnia 20 grudnia 1990 roku o ubezpieczeniu społecznym rolników;

# 6.numer identyfikacyjny gospodarstwa w ramach „Krajowego systemu ewidencji producentów, ewidencji gospodarstw rolnych oraz ewidencji wniosków o przyznanie płatności”

|  |
| --- |
| numer identyfikacyjny gospodarstwa …………………………………………………………………….. |

# 

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| miejscowość i data | podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnianej do podpisu |

# 

# \*pełnoletnia osoba fizyczna, nieposiadająca statusu bezrobotnego zamieszkującą i prowadzącą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, osobiście i na własny rachunek, działalność w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej, w tym ogrodniczej, sadowniczej, pszczelarskiej i rybnej, w pozostającym w jej posiadaniu gospodarstwie rolnym, o którym mowa w ustawie z dnia 20 grudnia 1990 roku o ubezpieczeniu społecznym rolników

(zał.nr 4 do wniosku)

**PRACA ZDALNA**

TAK zaznacz jeśli osoba uzyska kwalifikacje zawodowe\* należy wypełnić właściwe

NIE zaznacz jeśli osoba uzyska kwalifikacje zawodowe

|  |
| --- |
| Adres(y) miejsca wykonywania stażu……………………………………………………………………………………………………...  …………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………… |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| miejscowość i data | podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnianej do podpisu |

Staż może być realizowany w formie zdalnej. Przepisy art. 6718, art. 6719 § 3–5, art. 6724 § 1 pkt 1, 2 i 4, § 2–5, art. 6725, art. 6727, art. 6731 § 4, 7–9 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy stosuje się odpowiednio. Wymiar stażu w formie zdalnej oraz szczegółowe zasady odbywania stażu w formie zdalnej określa się w umowie o organizację stażu, o której mowa w ust. 5