|  |  |
| --- | --- |
|  | Nr wniosku…………………………………………. |
| Pieczęć wnioskodawcy  | pieczęć Powiatowego Urzędu Pracy w Chrzanowie  |

## 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 oraz w rozporządzeniu ministra pracy i polityki społecznej z dnia 20 sierpnia 2009r.w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych

### DANE IDENFIKACYJNE ORGANIZATORA

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

### 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 |  |
| w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy (nie wliczamy właścicieli, osóbwykonujących pracę w ramach umowy zlecenia, umowy o dzieło, praktykantów) |  |

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| wnioskuję o organizację stażu dla (liczba osób)  | Liczba osób: ……………………………………………………………. |
| 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 miesiące inny 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): …………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………… |
| proponowane godziny pracy (czas pracy stażysty nie może przekroczyć 8 godzin na dobę, 40 godzin tygodniowo) | Jedna zmiana: od…………do………………………… Dwie zmiany: od………do…… od…………do………Inne: ……………………………………………………. |
| Zmianowość,(inne) | TAK zaznacz jeśli dotyczy tak NIE zaznacz jeśli dotyczy nieProszę o wyrażenie zgody na pracę w systemie zmianowym, (inne) (uzasadnienie)……………………………………………………………………………….. …………………………………………………………..………………………………………………………….. |
| pracujące dni w tygodniu | ……………………………….………………………….. |
| dane kandydata na staż (imię i nazwisko i data urodzenia) | ……………………………….………………………….. |
| stopień pokrewieństwa (jeśli tak wskazać jaki) | tak zaznacz jeśli dotyczy tak jaki ……………………………………………..nie zaznacz jeśli dotyczy nie nie dotyczy zaznacz jeśli dotyczy nie |
| inny kandydat | TAK zaznacz jeśli dotyczy tak NIE zaznacz jeśli dotyczy nie |

### 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 tak NIE 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 takNIE 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, nazwisko oraz stanowisko opiekuna stażysty |  |
| liczba stażystów znajdujących się pod opieką wskazanego opiekuna na dzień złożenia wniosku |  |

### DANE DOTYCZĄCE WSPÓŁPRACY ORGANIZATORA W ZAKRESIE ORGANIZOWANIA STAŻY W OKRESIE OSTATNICH 12 MIESIĘCY

|  |  |
| --- | --- |
| liczba osób odbywających staż na dzień złożenia wniosku |  |
| liczba osób przyjętych na staż w okresie ostatnich 12 miesięcy w ramach umów zawartych z PUP w Chrzanowie |  |
| liczba osób odbywających staż w ramach umów zawartych z innymi urzędami pracy, wskazać jaki UP |  |
| liczba osób zatrudnionych po ukończeniu stażu (dotyczy tylko umów zawartych z PUP Chrzanów) |  |

### DEKLARACJA ZATRUDNIENIA PO UKOŃCZENIU STAŻU

|  |  |
| --- | --- |
| 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) |  |

### OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA(WNIOSKODAWCY)

# oświadczam, że :

# TOCZY zaznacz jeśli dotyczy toczy NIE TOCZY SIĘ zaznacz jeśli dotyczy nie toczy siępostępowanie upadłościowe 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 i FGŚP;

# 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 REGULAMINEM zaznacz jeśli zapoznałeś się z regulaminem dotyczącym organizacji staży obowiązującym w Powiatowym Urzędzie Pracy w Chrzanowie;

# ZAPOZNAŁEM SIĘ jeśli zapoznałeś się zaznacz zapoznałemi SPEŁNIAM WARUNKI jeśli spełniasz warunki zaznacz spełniam warunki określone w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych warunków odbywania staży przez bezrobotnych;

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

# zawarcie umowy o skierowanie bezrobotnego do odbycia stażu nie spowoduje, iż proponowany opiekun stażysty będzie pełnić funkcję opiekuna dla więcej niż 3 stażystów.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 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);

# kserokopie dokumentu lub oświadczenie potwierdzające łączną powierzchnię i stan prawny posiadanego gospodarstwa rolnego (akt notarialny, inne);

(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) |  |

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

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

# 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: ………………………………………. |

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

## 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 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz.U. 2023, poz. 735 z póź. zm.) 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, 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, 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 obejmującym obszar użytków rolnych o powierzchni przekraczającej 2 ha przeliczeniowe;

# 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, zamieszkująca i prowadząca na terytorium RP, 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 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 \*