Powiatowy Urząd Pracy w Wąbrzeźnie

 Centrum Aktywizacji Zawodowej

Referat Instrumentów Rynku Pracy

 ul. Wolności 44, 87-200 Wąbrzeźno

 tel. 56 690-04-10 www.pup-wabrzezno.pl

|  |
| --- |
|  |

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

  */ miejscowość, data /*

.......................................................... */ pieczątka firmowa zakładu pracy /*

**W N I O S E K O ZAWARCIE UMOWY O ZORGANIZOWANIE STAŻU**

# DLA OSOBY BEZROBOTNEJ

Podstawa prawna: Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz. U. z 2009 r., Nr 142, poz. 1160).

1. **DANE ORGANIZATORA STAŻU:**

**1**. Pełna nazwa Organizatora **(zgodnie z dokumentami rejestrowymi)** ....………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**2**. Adres siedziby pracodawcy ……………………………………………………………………………………………………………

**3.** Dokładny adres miejsca zamieszkania **(w przypadku osoby fizycznej)**

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

4. PESEL **(w przypadku osoby fizycznej)**

**5.** Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby uprawnionej do reprezentowania Organizatora

**(reprezentacja zgodna z postanowieniem dokumentów rejestrowych Organizatora)**

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

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

**6**. Osoba do kontaktu…………………………………………. Tel……………………………………………...

**7**. Numer NIP........................................... Numer REGON........................................................................

**8.** Klasyfikacja działalności wg PKD .........................................................................................................

**9.** Forma prawna........................................................................................................................................

**10.** Miejsce prowadzenia działalności …………………………………………………………………………

**11.**Data rozpoczęcia działalności .............................................................................................................

**12.**Liczba bezrobotnych odbywających staż, w dniu złożenia wniosku

 w tym liczba osób odbywających staż w ramach umów zawartych z innymi PUP

 **UWAGA: u organizatora stażu, który jest pracodawcą staż mogą odbywać jednocześnie bezrobotni w liczbie nieprzekraczającej liczby pracowników zatrudnionych w dniu złożenia wniosku (w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy). U organizatora, który nie jest pracodawcą, staż może odbywać jednocześnie jeden bezrobotny.**

**13**. Stan zatrudnienia w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na dzień złożenia wniosku ………....... (zatrudnienie oznacza wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowy oraz umowy o pracę nakładczą).

**14.** Stan zatrudnienia w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na miesiąc poprzedzający złożenie wniosku …………….(zatrudnienie oznacza wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowy oraz umowy o pracę nakładczą).

**UWAGA: przy wskazywaniu stanu zatrudnienia nie uwzględnia się pracowników na urlopach macierzyńskich i wychowawczych, zatrudnionych w celu przygotowania zawodowego oraz stażystów.**

**15.** W przypadku zwolnień w okresie **6 miesięcy** przed dniem złożenia wniosku, proszę o podanie liczby osób wraz z przyczyną zwolnienia oraz podaniem artykułu Kodeksu Pracy,
na podstawie którego doszło do rozwiązania stosunku pracy:

|  |  |
| --- | --- |
| **Liczba zwolnionych osób:** | **Przyczyna zwolnienia, wraz z podaniem podstawy prawnej:** |
|  |  |
|  |  |

**II.DANE DOTYCZĄCE SKIEROWANIA NA STAŻ OSÓB BEZROBOTNYCH:**

1. Wnioskuję o skierowanie (liczba osób)…………..bezrobotnego/ych do odbycia stażu na

…………… miesiące/miesięcy (okres nie krótszy niż 3 m-ce i nie przekraczający 6 m-cy).

 Proponowana data rozpoczęcia stażu……………………………………………………………

1. Informacje dotyczące wymagań wobec kandydata na staż:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa zawodu zgodna z klasyfikacją zawodów i specjalności** | **Ilość miejsc** | **Pożądane kwalifikacje osoby kierowanej, poziom wykształcenia, predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |

1. Miejsce odbywania stażu /dokładny adres..….....................................................................................

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

1. System i czas pracy na stażu:

 **System:** jednozmianowy

 **Dni odbywania stażu:** od poniedziałku do piątku

 **Godziny odbywania stażu:** 8 godzin na dobę, 40 godzin tygodniowo (osoby niepełnosprawne zaliczane do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności – 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo).

 **UWAGA!**

 Staż nie może odbywać się w niedziele i święta, w porze nocnej ( tj. w godzinach 21.00 – 7.00), w systemie pracy zmianowej ani w godzinach nadliczbowych.

1. Dane bezrobotnego proponowanego do odbycia stażu:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Adres** | **Numer telefonu** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

**6.** Opiekun bezrobotnego (osoba sprawująca stały nadzór nad osobą odbywającą staż, udzielająca wskazówek i pomocy w wypełnianiu powierzonych zadań,):

imię i nazwisko........................................................................ telefon kontaktowy…………………………

stanowisko................................................................................................................................................

**7.** Liczba stażystów będących pod opieką w/w opiekuna w dniu złożenia wniosku……………………….

**UWAGA: opiekun bezrobotnego może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż 3 osobami odbywającymi staż.**

######  OŚWIADCZENIE PRACODAWCY:

1. 1. Odbywanie stażu przez bezrobotnego w mojej firmie nie będzie przyczyną zwolnień pracowników obecnie pracujących.
2. 2. Zobowiązuje się od niezwłocznego wydania bezrobotnemu po zakończeniu stażu opinii zawierającej: informacje o zadaniach realizowanych przez bezrobotnego oraz kwalifikacjach lub umiejętnościach zawodowych pozyskanych w trakcie stażu.
3. 3. **Po zakończeniu stażu zobowiązuję się zatrudnić na umowę o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy lub na umowę zlecenie**, której wartość jest równa lub wyższa minimalnemu wynagrodzeniu za pracę ustalonemu na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu**...............osobę(y) na okres minimum 1 miesiąca.** Tym samym zobowiązuję się do przedłożenia w Powiatowym Urzędzie Pracy w Wąbrzeźnie w ciągu 7 dni uwierzytelnionego dokumentu potwierdzającego zatrudnienie.
4. Zobowiązuję się do przestrzegania norm czasu pracy bezrobotnego skierowanego na staż zgodnie z Kodeksem Pracy.
5. Zapoznałem się z kryteriami i warunkami dotyczącymi organizacji staży w Powiatowym Urzędzie Pracy w Wąbrzeźnie.
6. Znane są mi warunki dotyczące odbywania stażu określone w rozporządzeniu MPiPS z dnia 20.08.2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz.U. z 2009 r., Nr 142, poz.1160).
7. Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia

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

  */pieczątka i podpis organizatora stażu*

*lub osoby przez niego upoważnionej /*

**Załączniki do wniosku:**

1. Załącznik nr 1 – program odbywania stażu
2. Załącznik nr 2 - oświadczenie
3. Dokument stanowiący podstawę prawną funkcjonowania Wnioskodawcy (kserokopia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub kserokopie innych dokumentów poświadczających formę prawną Pracodawcy: umowa spółki, wpis do Krajowego Rejestru Sądowego, uchwała, dokument powołania jednostki organizacyjnej itd. )
4. kserokopia deklaracji rozlicz. ZUS DRA za ostatni miesiąc za zatrudnionych pracowników
5. kserokopia decyzji WUS o nadaniu numeru statystycznego REGON
6. kserokopia pełnomocnictwa lub upoważnienia osoby lub osób uprawnionych do podpisywania umów

**UWAGA:**

* Wniosek wypełniony nieczytelnie lub niepoprawnie, podpisany przez nieupoważnioną osobę, nie zawierający pełnych informacji oraz bez kompletu załączników **nie będzie rozpatrywany.**
* Wszystkie kserokopie dokumentów załączonych do wniosku należy potwierdzić „za zgodność z oryginałem”. Uwierzytelnienie następuje poprzez podpis wraz z datą.

**WYTYCZNE PRAWIDŁOWO SPORZĄDZONEGO PROGRAMU STAŻU.**

1. Jest szczegółowym projektem stażu zawierającym opis praktycznej nauki w zawodzie lub na stanowisku pracy, która ma przygotować do samodzielnego wykonywania wyuczonych zadań lub czynności.
2. Program powinien uwzględniać predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne, poziom wykształcenia oraz dotychczasowe kwalifikacje zawodowe bezrobotnego.
3. Powinien dotyczyć sposobów nabywania umiejętności praktycznych (np. zaznajomienie się, zapoznanie się, nauka, ćwiczenia, przeszkolenie, nabycie, kształcenie).
4. Oprócz opisu czynności zawodowych powinien zawierać:
	1. zaznajomienie się ze strukturą organizacyjną, regulaminem pracy,
	2. zapoznanie z obowiązkami i uprawnieniami stażysty,
	3. przeszkolenie w zakresie BHP i ppoż.,
5. Jest przypisaniem zadań lub czynności przewidzianych dla stażysty do czasu ich nauki.

***Sam fakt złożenia wniosku nie gwarantuje skierowania osoby bezrobotnej na staż.***

Załącznik nr 1

**PROGRAM STAŻU**

**na stanowisku ......................................................................................**

1. **Nazwa komórki organizacyjnej**: ……………………………………………………………………………….
2. **Dane opiekuna osoby bezrobotnej:**

imię i nazwisko:…………………………………………………………………………………………………….

stanowisko:…………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zakres zadań i czynności wykonywanych przez bezrobotnego:** | **Rodzaj uzyskanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:** | **Sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:** |
| - instruktaż wstępny, stanowiskowy- zapoznanie się z:regulaminem organizacyjnym zakładu, innymi przepisami wewnętrznymi, regulaminem BHP i ppoż. |  | - Sprawozdanie bezrobotnego z przebiegu stażu- Opinia pracodawcy |

**Pracodawca oświadcza, iż realizacja w/w programu stażu umożliwi osobom bezrobotnym samodzielne wykonywanie pracy na danym stanowisku lub w zawodzie po zakończeniu stażu.**

**Pracodawca jest zobowiązany po zakończeniu stażu wydać opinię zawierającą informację o zadaniach realizowanych przez bezrobotnego i umiejętnościach praktycznych uzyskanych w trakcie odbywania stażu.**

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

 */pieczątka i podpis organizatora/*

Załącznik nr 2

………………………………….,dnia…………………

  */miejscowość/*

**OŚWIADCZENIE\***

**Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia**

**oświadczam, że**

1. nie zalegam / zalegam\*\* z opłatami wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych;
2. nie zalegam / zalegam\*\* z opłatami wobec Urzędu Skarbowego;
3. nie zalegam/ zalegam\*\* z opłacaniem innych danin publicznych;
4. dysponuję / nie dysponuję\*\* właściwym dokumentem potwierdzającym prawo korzystania z miejsca, w którym osoba bezrobotna będzie odbywała staż oraz oświadczam, że okres obowiązywania umów zawartych w tym zakresie jest dłuższy niż okres odbywania stażu;
5. wyrażam zgodę na podanie do wiadomości publicznej przez Powiatowy Urząd Pracy w Wąbrzeźnie zgodnie z art.59b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy informacji obejmującej wykaz pracodawców, z którymi zawarto umowy o odbywanie stażu (udostępnianie danych tj, nazwa pracodawcy oraz liczba utworzonych miejsc stażu);
6. nie toczy / toczy\*\* się w stosunku do podmiotu wnioskującego o zorganizowanie stażu postępowanie upadłościowe;
7. nie został/ został\*\* zgłoszony wniosek o likwidację podmiotu;
8. nie posiadam / posiadam\*\* nieuregulowane w terminie zobowiązania cywilnoprawne.

 ………………………………….…….

 */pieczątka i podpis organizatora/*

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

\* oświadczenie wypełnia Wnioskodawca

\*\* niepotrzebne skreślić