.................................., dnia .......................

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

*(pieczęć firmowa wnioskodawcy)*

**Starosta Powiatu Radziejowskiego**

**za pośrednictwem**

**Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy**

**w Radziejowie**

# WNIOSEK

**o zorganizowanie stażu**

*w ramach Osi priorytetowej I, Działanie 1.1 Wsparcie osób młodych pozostających bez pracy na regionalnym rynku pracy, Poddziałanie 1.1.2 Wsparcie udzielone z inicjatywy na rzecz zatrudnienia ludzi młodych*

Na podstawie art. 53 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2017, poz. 1065) oraz Rozporządzenia 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. **Podstawowe informacje o pracodawcy:**

1. Nazwa pracodawcy ......................................................................................................................

*(pełna nazwa)*

2. Adres siedziby pracodawcy .........................................................................................................

3. Telefon, fax, e-mail …………………………………………………….. ………….……………...

4. Imię i nazwisko osoby (-ób) reprezentującej (-ych) pracodawcę ………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………

5. Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy (stan na dzień złożenia wniosku) ……………………………………

6. Liczba bezrobotnych odbywających staż (na dzień złożenia wniosku) ……………………………

7. Numery: REGON ........................................ PKD ....................... NIP ………………………...…

8. Forma prawna ....................................................................................................................................

9. Rodzaj prowadzonej działalności ......................................................................................................

10. Data rozpoczęcia działalności …………………………………….................................................

**II. Informacja o organizowanym stażu:**

1. Proponowany okres odbywania stażu od …………….…..…2017 r. do …..……………2018 r. (nie krótszy niż 3 miesiące, nie dłuższy niż 6 miesięcy).
2. Miejsce odbywania stażu …………………………………………………………………………..
3. Wnioskowana liczba bezrobotnych proponowanych do odbywania stażu: ………………   
   w następujących zawodach:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa stanowiska | Liczba stanowisk | Wykształcenie | Kwalifikacje | Wymagania dotyczące predyspozycji psychofizycznych i zdrowotnych |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

4. Godziny pracy ................................................ zmianowość .............................................................

5. Imię i nazwisko, stanowisko, poziom wykształcenia opiekuna osoby (osób)  
 bezrobotnej (-ych) skierowanej (-ych) na staż w miejscu pracy ……........................................................................................................................................................  
 ….........................................................................................................................................................

6. Oświadczam, że organizacja stażu dla skierowanej (-ych) osoby (osób) bezrobotnej (-ych)   
w moim zakładzie, nie będzie przyczyną zwolnień pracowników obecnie zatrudnionych   
w zakładzie.

7. U Organizatora stażu, który jest pracodawcą, staż mogą odbywać jednocześnie bezrobotni   
w liczbie nie przekraczającej liczby pracowników zatrudnionych u Organizatora w dniu składania wniosku, w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy.

8.U Organizatora stażu, który nie jest pracodawcą, staż może odbywać jedna osoba bezrobotna.

9. Proponowane osoby do odbycia stażu:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | PESEL | Data urodzenia | Adres |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. Oświadczam, że po zakończeniu stażu zatrudnimy – umowa o pracę na min. ½ etatu, spośród skierowanych osób ……… na czas (min. 3 m-ce) określony/ nieokreślony\*.

……………………………………………

(Podpis i pieczęć wnioskodawcy)

• właściwe podkreślić

**Załączniki:**

1. Wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, potwierdzony własnoręcznym podpisem.
2. W przypadku spółki cywilnej należy przedłożyć kserokopię umowy spółki cywilnej.
3. W przypadku spółek z o.o., spółek akcyjnych, stowarzyszeń i innych podmiotów podlegających obowiązkowi wpisu do KRS należy przedłożyć kserokopię odpisu KRS-u.
4. W przypadku Urzędów Miasta i Urzędów Gminy , należy przedłożyć kserokopię pierwszej strony Uchwały Rady Miasta lub Rady Gminy.
5. W przypadku szkół, przedszkoli, należy przedłożyć kserokopię aktu założycielskiego szkoły, przedszkola lub pierwszych stron statutu szkoły, przedszkola.
6. **Kserokopia druku ZUS RCA potwierdzającego liczbę pracowników w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy za poprzedni miesiąc rozliczeniowy, sporządzona zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych, (w przypadku większej liczby zatrudnionych pracowników, tj. 10 - druk ZUS DRA).**
7. W przypadku gospodarstw rolnych, należy przedłożyć zaświadczenie z Urzędu Gminy o wielkości posiadanego gospodarstwa rolnego.
8. Program stażu – **Załącznik nr 1**.
9. Oświadczenie- **Załącznik nr 2.**

**Kserokopia dokumentów musi być poświadczona za zgodność z oryginałem.**

Wiarygodność powyższego wniosku wraz z załącznikami potwierdzam własnoręcznym podpisem – pod rygorem odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań.

…………………………………………

(podpis (-y) i pieczęć wnioskodawcy)

**Załącznik nr 1**

do umowy nr UmSTAZ/17/…… o zorganizowanie stażu

#### PROGRAM STAŻU

dla bezrobotnego (ych) wymienionych w § 1 pkt 3 umowy o zorganizowanie

stażu sporządzony w dniu ……………………….

1. OPIS CHARAKTERU STAŻU:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa zawodu  (zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności) |  |
| Nazwa stanowiska  Nazwa komórki organizacyjnej |  |
| Czas pracy – liczba dni w tygodniu, dzienna liczba godzin |  |
| Zmianowość (ilość zmian) |  |
| Godziny pracy | od …………….. do ……………. |
| Dane opiekuna stażu/  przygotowania zawodowego\* | Imię i nazwisko ………….………………………..  Stanowisko ……………………………………….. |
| Charakter pracy | stacjonarna/ w terenie\* |

1. HARMONOGRAM STAŻU

|  |  |
| --- | --- |
| Zakres zadań wykonywanych przez bezrobotnego, w tym zapoznawanie z przepisami i regulaminami oraz programem stażu  (w kolejności chronologicznej) | 1. …............................................................................................  …...............................................................................................  2. …...........................................................................................  …...............................................................................................  3. …...........................................................................................  …...............................................................................................  4. …...........................................................................................  …...............................................................................................  5. …...........................................................................................  …...............................................................................................  6. …...........................................................................................  …...............................................................................................  7. …...........................................................................................  …...............................................................................................  8. …...........................................................................................  …...............................................................................................  9. …...........................................................................................  …...............................................................................................  10. ….........................................................................................  …...............................................................................................  11. ….........................................................................................  …...............................................................................................  12. ….........................................................................................  …...............................................................................................  13. ….........................................................................................  …...............................................................................................  …..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| Uzyskane kwalifikacje lub umiejętności zawodowe | 1. …..........................................................................................  2. …..........................................................................................  3. …..........................................................................................  4. ….......................................................................................... |
| Sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności |  |
| Dane opiekuna osoby objętej programem stażu |  |

**Strony umowy zgodnie oświadczają, iż realizacja ww. programu umożliwi bezrobotnym samodzielne wykonywanie pracy na danym stanowisku lub w zawodzie po zakończeniu stażu.**

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

(Podpis Dyrektora PUP) (Podpis i pieczątka Pracodawcy)

### **Załącznik 2**

........................................... dnia .........................................

##### Oświadczenie

Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że ...............................................................

......................................................................................................................................... nie posiada wymagalnych nieuregulowanych zobowiązań publicznoprawnych wobec ZUS, KRUS oraz urzędu skarbowego.

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

(podpis i pieczątka osoby upoważnionej)