|  |  |
| --- | --- |
| .........................................., | ........................... |
| *miejscowość* | *data* |

|  |
| --- |
| ………………………………… |
| *pieczątka pracodawcy* |
|  |
|  |

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Inowrocławiu**

AZS.6100 - ………… / 2020

# **WNIOSEK**

**o zorganizowanie STAŻU na okres** ......... **miesięcy, dla** .................. **bezrobotnego(ych) zarejestrowanego(ych) w Powiatowym Urzędzie Pracy w Inowrocławiu**

Podstawa Prawna:

Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity: Dz. U. z 2019 r. poz. 1482 ze zm.)

Rozporządzenie 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)

**ZAŁĄCZNIKI:**

1. Dokument poświadczający formę organizacyjno-prawną.
2. Umowa spółki w przypadku spółek prawa cywilnego.
3. Numer identyfikacyjny nadany w krajowym rejestrze podmiotów gospodarki narodowej REGON
4. Deklarację rozliczeniową ZUS P DRA z ostatniego miesiąca.
5. Zgłoszenie wolnego miejsca pracy/ stażu *(wypełnić w przypadku braku kandydata na staż).*
6. Harmonogram stażu (należy wypełnić **DRUKOWANYMI LITERAMI w dwóch egzemplarzach dla każdego stanowiska**, **którego harmonogram dotyczy**. Nazwa stanowiska musi być zgodna z Rozporządzeniem MPiPS z dnia 7 sierpnia 2014 roku w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U. 2018 r. poz. 227), które dostępne jest na stronie internetowej www.inowroclaw.praca.gov.pl

**Dane organizatora:**

1. Nazwa firmy.......................................................................………………...................................

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

2. Imię i nazwisko .....................................................................................................................................

3. Adres siedziby: .....................................................................................................................................

4. Miejsce prowadzenia działalności: ........................................................................................................

5. Osoba upoważniona do reprezentowania organizatora (zgodnie z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem):

imię i nazwisko ......................................................................stanowisko ...........................................................................

telefon ......................................................................................................................................................................................

6. Osoba wyznaczona do kontaktu z Urzędem:

imię i nazwisko .................................................................... stanowisko ...........................................................................

telefon .....................................................................................................................................................................................

7. Dane identyfikacyjne:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ........................................ | ........................................... | ........................ | .......................................... |
| NIP | REGON | PKD | Data rozpoczęcia działalności |

1. **Stan zatrudnienia w ostatnich 6-ciu miesiącach przedstawia się następująco:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | W dniu złożenia wniosku | 6 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku |
|  |  |  |  |  |  |
| Na podstawie umowy o pracę |  |  |  |  |  |  |  |

* W przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia proszę podać przyczyny:

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

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

* Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy ........................
* Liczba bezrobotnych odbywających aktualnie staż ............................................................................
1. **Dane dotyczące stanowisk, na których odbywać się będzie staż:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa stanowiska zgodniez klasyfikacją zawodóworaz miejsce odbywania stażu | Liczba miejsc | Zawód, poziom wykształcenia | Proponowany okres odbywania stażu  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**III. Propozycje przyjęcia osoby bezrobotnej na staż:**

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

**Oświadczenie organizatora**

1. Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.
2. **Zobowiązuję do zatrudnienia** bezrobotnego(ych) odbywającego(ych) u mnie staż
na okres **co najmniej 3 miesięcy** po zakończeniu stażu i poinformuję o tym Starostę Inowrocławskiego poprzez przedłożenie w Powiatowym Urzędzie Pracy w Inowrocławiu umowy o pracę w ciągu 7 dni od dnia zatrudnienia.

|  |
| --- |
| ………………………………………………………… |
| (podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentacji i składania oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym) |

**Organizator składa wniosek o organizację stażu do Powiatowego Urzędu Pracy
w Inowrocławiu.**

1. Rozpatrzenia wniosków dokonuje Komisja powołana do tego celu przez Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Inowrocławiu. Ostateczną decyzję w sprawie złożonych wniosków podejmuje Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy w Inowrocławiu.
2. W terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku (wraz z kompletem wymaganych dokumentów). Organizator otrzymuje informację o wyniku rozpatrzenia wniosku lub podjętych czynnościach administracyjnych.
3. Wniosek zostanie wycofany z realizacji bez dodatkowego informowania Organizatora, jeżeli w ciągu 60 dni od daty pozytywnego rozpatrzenia wniosku nie zostanie zawarta umowa w związku z nie dokonaniem przez Organizatora wyboru kandydata(ów).
4. Ostatecznym warunkiem zawarcia umowy jest dysponowanie przez Powiatowy Urząd Pracy w Inowrocławiu odpowiednimi środkami finansowymi.
5. Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy w Inowrocławiu w imieniu Starosty zawiera
z Organizatorem umowę o odbywanie stażu, który odbywa się według programu określonego w umowie.

|  |
| --- |
| **IV. Wypełnia Powiatowy Urząd Pracy** |
| 1. **Wniosek w sprawie zorganizowania stażu dla osób bezrobotnych**

□ spełnia wymogi formalne□ nie spełnia wymogów formalnych ……………………………………………….. (data, podpis i pieczątka specjalisty ds. rozwoju zawodowego)1. **Wniosek:**

□ rozpatrzony pozytywnie□ rozpatrzony negatywnieUzasadnienie…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… Inowrocław, ……………………… ………………………………………………….. (podpis i pieczątka Dyrektora PUP) |

Inowrocław, ......................................

|  |
| --- |
| ....................................................... |
| *pieczęć nagłówkowa pracodawcy* |

**PROGRAM STAŻU**

1. Nazwa zawodu lub specjalności, której program dotyczy (zgodnie z Rozporządzeniem MPiPS z dnia 7 sierpnia 2014 roku w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U. 2018 r., poz. 227), które dostępne jest
na stronie internetowej www.inowroclaw.praca.gov.pl

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

1. Staż trwać będzie od ............................................. do ...............................................................
2. Czas pracy bezrobotnego odbywającego staż nie może przekraczać 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo, a bezrobotnego będącego osobą niepełnosprawną zaliczoną do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności- 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo.
3. Dni i godziny pracy na stażu:

|  |  |
| --- | --- |
| **Dzień** | **Godziny pracy od …. do …. (uwzględnić zmianowość)** |
| od poniedziałku do piątku |  |
| sobota |  |

6. Rodzaj kwalifikacji lub umiejętności zawodowych do pozyskania w procesie stażu ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **OPINIA PRACODAWCY** zawierająca informacje o zadaniach realizowanych
przez bezrobotnego oraz **SPRAWOZDANIE Z PRZEBIEGU STAŻU** – stanowią sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych i na tej podstawie Starosta Inowrocławski wydaje bezrobotnemu zaświadczenie o odbyciu stażu.
2. **Nadzór nad odbywaniem stażu ze strony pracodawcy sprawować będzie:**

|  |
| --- |
| ……………........................................................................................................................................................ |
| *(imię i nazwisko, stanowisko)* |

# **HARMONOGRAM**

|  |
| --- |
| **Opis zadań, jakie będą wykonywane podczas stażu przez bezrobotnego** |
|  |

ZAPOZNAŁAM(ŁEM) SIĘ Z PROGRAMEM STAŻU

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

*(CZYTELNY PODPIS BEZROBOTNEGO)*

|  |  |
| --- | --- |
| ................................................................... | ................................................................... |
| ***podpis i pieczątka pracownikaPowiatowego Urzędu Pracy w Inowrocławiu*** | ***podpis i pieczątka pracodawcy*** |

1. **Zmiana programu może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej w postaci aneksu
do zawartej umowy.**

Inowrocław, ......................................

|  |
| --- |
| ....................................................... |
| *pieczęć nagłówkowa pracodawcy* |

**PROGRAM STAŻU**

1. Nazwa zawodu lub specjalności, której program dotyczy (zgodnie z Rozporządzeniem MPiPS z dnia 7 sierpnia 2014 roku w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U. 2018 r., poz. 227), które dostępne jest
na stronie internetowej www.inowroclaw.praca.gov.pl

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

1. Staż trwać będzie od ................................................ do ............................................................
2. Czas pracy bezrobotnego odbywającego staż nie może przekraczać 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo, a bezrobotnego będącego osobą niepełnosprawną zaliczoną do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności- 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo.
3. Dni i godziny pracy na stażu:

|  |  |
| --- | --- |
| **Dzień** | **Godziny pracy od …. do …. (uwzględnić zmianowość)** |
| od poniedziałku do piątku |  |
| sobota |  |

6. Rodzaj kwalifikacji lub umiejętności zawodowych do pozyskania w procesie stażu ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **OPINIA PRACODAWCY** zawierająca informacje o zadaniach realizowanych
przez bezrobotnego oraz **SPRAWOZDANIE Z PRZEBIEGU STAŻU** – stanowią sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych i na tej podstawie Starosta Inowrocławski wydaje bezrobotnemu zaświadczenie o odbyciu stażu.
2. **Nadzór nad odbywaniem stażu ze strony pracodawcy sprawować będzie:**

|  |
| --- |
| ……………........................................................................................................................................................ |
| *(imię i nazwisko, stanowisko)* |

# **HARMONOGRAM**

|  |
| --- |
| **Opis zadań, jakie będą wykonywane podczas stażu przez bezrobotnego** |
|  |

ZAPOZNAŁAM(ŁEM) SIĘ Z PROGRAMEM STAŻU

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

*(CZYTELNY PODPIS BEZROBOTNEGO)*

|  |  |
| --- | --- |
| ................................................................... | ................................................................... |
| ***podpis i pieczątka pracownikaPowiatowego Urzędu Pracy w Inowrocławiu*** | ***podpis i pieczątka pracodawcy*** |

1. **Zmiana programu może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej w postaci aneksu
do zawartej umowy.**