/miejscowość, data/

 /pieczęć firmowa organizatora/

 **Powiatowy Urząd Pracy**

 **w**

**WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O ZORGANIZOWANIE**

**STAŻU**

na zasadach określonych w art.53 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
 (Dz.U. z 2015 r. poz. 149) oraz rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz.U. z 2009r. Nr 142, poz. 1160).

1. **Informacje dotyczące organizatora:**
	1. Nazwa i adres organizatora
	2. Numer telefonu i numer faxu
	3. Adres e-mail
	4. NIP REGON PKD
	5. Rodzaj prowadzonej działalności – handlowa, produkcyjna, usługowa
	6. Data rozpoczęcia działalności
	7. Oznaczenie formy organizacyjno – prawnej prowadzonej działalności
	8. Imię i nazwisko osoby reprezentującej organizatora
	9. Liczba zatrudnionych na umowę o pracę w dniu złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy:
	10. Liczba osób bezrobotnych odbywających staż u organizatora:
	11. Uzasadnienie przyjęcia osoby(ób) bezrobotnej(ych) na staż:

1. **Informacje dotyczące opiekuna(ów) osoby(ób) bezrobotnej(ych) odbywającej(ych) staż**
2. Imię i nazwisko

stanowisko

2. Imię i nazwisko

 stanowisko

1. **DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI PLANOWANYCH MIEJSC STAŻU:**
	1. Liczba osób bezrobotnych proponowanych do odbycia stażu i opis zadań jakie będą wykonywać:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Liczba osób** (miejsc stażu/) | **Nazwa zawodu (**zgodnie zklasyfikacją zawodów i specjalności) | **Nazwa komórki organizacyjnej oraz nazwa stanowiska pracy** | **Wymagane predyspozycje psychofizyczne osoby bezrobotnej** | **Poziom wykształcenia i minimalne kwalifikacje osób bezrobotnych** | **Proponowany okres stażu****od ….… do …....** | **Deklarowany okres zatrudnienia po zakończeniu stażu** |
| **liczba osób** | **okres zatrudnienia****od ……… do………** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**1.1.** Miejsce odbywania stażu ........................

**1.2** Czas odbywania stażu (z uwzględnieniem godz. od – do oraz systemu zmianowego) ................................................

1. W załączeniu przedkładam program stażu (2 egz)
2. Proponuję następujące osoby bezrobotne do odbycia stażu
	1. Imię i nazwisko
	2.

**Oświadczam, że :**

 W dniu złożenia wniosku:

1. nie zalegam/zalegam\* z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych;
2. nie posiadam/posiadam\* zadłużeń w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych z tytułu opłat składek na ubezpieczenie społeczne,
3. nie posiadam/posiadam\* zadłużeń w Urzędzie Skarbowym z tytułu zobowiązań podatkowych
* niepotrzebne skreślić

**Powyższe oświadczenie składam pouczony/a o odpowiedzialności karnej art. 233 Kodeksu Karnego stanowiącego, iż: *„Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.***

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

 /podpis i pieczęć

organizatora/

**Uwaga:**

**Programu stażu, o którym mowa w punkcie III 2 powinien być opracowany odrębnie dla każdej osoby proponowanej do odbycia stażu.**

Załącznik Nr 1 do umowy Nr z dnia

PROGRAM STAŻU

Sporządzony w dniu .................................... przez :

Organizatora:

reprezentowanym przez:

Nazwa zawodu zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności:

Nazwa komórki organizacyjnej:

Stanowisko pracy:

Zakres zadań wykonywanych przez bezrobotnego:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Okres stażu | - miesiące- etapy realizacji | rodzaj wykonywanych czynności /zadań/ |
|  |  |  |

Opiekunem osoby/ób/ objętej/ych/ programem stażu będzie Pan / Pani:

Imię i nazwisko

stanowisko

Rodzaj uzyskanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:

Sposób potwierdzania nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:

Strony zgodnie oświadczają, iż realizacja w/w programu stażu umożliwi bezrobotnemu (-ym) samodzielne wykonywanie pracy na obecnym stanowisku lub w zawodzie po zakończeniu stażu.

Uzgodniono:

 /podpis Dyrektora PUP/ /podpis Organizatora /

Załącznik Nr 1 do umowy Nr z dnia

PROGRAM STAŻU

Sporządzony w dniu .................................... przez :

Organizatora:

reprezentowanym przez:

Nazwa zawodu zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności:

Nazwa komórki organizacyjnej:

Stanowisko pracy:

Zakres zadań wykonywanych przez bezrobotnego:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Okres stażu | - miesiące- etapy realizacji | rodzaj wykonywanych czynności /zadań/ |
|  |  |  |

Opiekunem osoby/ób/ objętej/ych/ programem stażu będzie Pan / Pani:

Imię i nazwisko

stanowisko

Rodzaj uzyskanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:

Sposób potwierdzania nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:

Strony zgodnie oświadczają, iż realizacja w/w programu stażu umożliwi bezrobotnemu (-ym) samodzielne wykonywanie pracy na obecnym stanowisku lub w zawodzie po zakończeniu stażu.

Uzgodniono:

 /podpis Dyrektora PUP/ /podpis Organizatora/