/miejscowość, data/

/pieczęć firmowa organizatora/

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w**

**WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O ZORGANIZOWANIE STAŻU**

**NA PODSTAWIE BONU STAŻOWEGO NR…………..**

**przyznanego Panu/i ………………………………………………………………**

na zasadach określonych w art. 53 i 66 l ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2013 r. poz. 674 z późn. zm.) oraz rozporządzeniu 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. **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. Informacje dotyczące organizowanego stażu i opis zadań jakie będą wykonywane przez osobę bezrobotną:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa zawodu (**zgodnie zklasyfikacją zawodów i specjalności) | **Nazwa komórki organizacyjnej oraz nazwa stanowiska pracy** | **Nazwa stanowiska pracy** | **Proponowany okres stażu**  **od ….… do …....** | **Deklarowany okres zatrudnienia po zakończeniu stażu**  **od ……… do………** |
|  |
|  |  |  |  |  |

1.1. Miejsce odbywania stażu ………………………

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

1. W załączeniu przedkładam program stażu (2 egz)

**Oświadczam, że :**

**Zobowiązuję się *do zorganizowania sześciomiesięcznego* stażu i zobowiązuję się do zatrudnienia bezrobotnego po zakończeniu stażu przez okres co najmniej 6 miesięcy.**

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.
4. jestem/nie jestem\* beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu art. 2 pkt 16 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007r. Nr 59, poz. 404 oraz z 2008r, Nr 93, poz. 585)

\*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/

**W przypadku beneficjenta pomocy publicznej do wniosku należy dołączyć:**

1. **Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis stanowiący załącznik nr 1**
2. **W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy dołączyć stosowne zaświadczenia o otrzymanej pomocy (kserokopie potwierdzone za zgodność).**

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/

Siemiatycze, ….............................

(data)

**WNIOSKODAWCA**

…..................................

(pieczątka wnioskodawcy)

**POWIATOWY URZAD PRACY**

**W SIEMIATYCZACH**

**KRAJOWY FUNDUSZ SZKOLENIOWY**

**Wniosek o dofinansowanie kształcenia ustawicznego**

Zgodnie z art. 69 b ust. 1 ustawy z 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy

(Dz.U. z 2013 r., poz. 674 z późn. zm.)

Nazwa i adres wnioskodawcy

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Imię i nazwisko pracodawcy

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

Telefon ……………………………………

Strona www\* ………………………………

Miejsce prowadzenia działalności gospodarczej

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

Numer identyfikacyjny REGON\*

…………………………………………………………………………………………………

Numer identyfikacji podatkowej NIP

…………………………………………………………………………………………………

Numer działalności gospodarczej według PKD

…………………………………………………………………………………………………

Liczba zatrudnionych osób

………………………………………………………………………………………………

Dane osoby upoważnionej do kontaktu:

Imię i nazwisko……………………………………………………………………………….

Telefon………………………………………………………………………………………..

Fax\*…………………………………………………………………………………………..

e-mail\*……………………………………………………………………………………….

**Wielkość przedsiębiorstwa:**

mikroprzedsiębiorca inny

**Oświadczamy 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.
4. jestem/nie jestem\* beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu art. 2 pkt 16 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007r. Nr 59, poz. 404 oraz z 2008r, Nr 93, poz. 585)

\* 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”.***

Data............................. …………………………………………

podpis, pieczęć

(Właściciel, Dyrektor, Prezes)

**W przypadku beneficjenta pomocy publicznej do wniosku należy dołączyć:**

1. **Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis stanowiący załącznik nr 1**
2. **W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy dołączyć stosowne zaświadczenia o otrzymanej pomocy (kserokopie potwierdzone za zgodność).**

**W ramach KFS możliwe jest sfinansowanie:**

* do 80% kosztów kształcenia ustawicznego, nie więcej jednak niż do wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika,
* do 100% kosztów kształcenia ustawicznego – jeśli wnioskodawca należy do grupy mikroprzedsiębiorców,  nie więcej jednak niż do wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika (mikroprzedsiębiorca to przedsiębiorca, który zatrudnia mniej niż 10 pracowników, a jego roczny obrót lub  całkowity bilans roczny nie przekracza 2 mln. EUR).

**Środki z KFS przyznawane pracodawcy na sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego stanowią pomoc udzielaną zgodnie z warunkami dopuszczalności pomocy de minimis.**

Załącznik nr 1

**Wysokość i harmonogram wsparcia danej formy kształcenia ustawicznego**

Tytuł ………………………………………………………..

*(rodzaj wsparcia)*

*………………………………………………………………………..*

*(nazwa firmy)*

Okres realizacji: ………………………..

Całkowita wartość planowanych działań kształcenia ustawicznego: …………..

w tym:

- kwota wnioskowana z KFS: ……………

- kwota wkładu własnego: ……………….

**Informacje o uczestnikach kształcenia ustawicznego**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | | **Liczba pracowników** | |
| **razem** | **kobiety** |
| Objęci wsparciem ogółem | |  |  |
| Według rodzajów wsparcia | Kursy |  |  |
| Studia podyplomowe |  |  |
| Egzaminy |  |  |
| Badania lekarskie i/lub psychologiczne |  |  |
| Ubezpieczenie NNW |  |  |
| Według grup wiekowych | 15-24 lata |  |  |
| 25-34 lata |  |  |
| 35-44 lata |  |  |
| **45 lat i więcej** |  |  |

**Uzasadnienie wniosku**

(krótki opis obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy w obszarze kształcenia ustawicznego i niezbędnych środków na sfinansowanie tych działań)

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

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

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

Data............................. …………………………………………

podpis, pieczęć

(Właściciel, Dyrektor, Prezes)

Siemiatycze, ….............................

(data)

**WNIOSKODAWCA**

…..................................

(pieczątka wnioskodawcy)

**POWIATOWY URZAD PRACY**

**W SIEMIATYCZACH**

**WNIOSEK PRACODAWCY O ZORGANIZOWANIE SZKOLENIA**

**w ramach trójstronnej umowy szkoleniowej**

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

(nazwa wnioskowanego kierunku szkolenia)

Zgodnie z art. 40 ust. 2e ustawy z 20 kwietnia o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy

(Dz. U. z 2013 r., poz. 674 z późn. zm.)

**Dane wnioskodawcy:**

1. Nazwa pracodawcy: ………………………………………………………………………………………….............

Nr telefonu: …………………...REGON……………..……mail…………….……….................

przeważający rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej wg PKD ..………………………..

1. Siedziba pracodawcy:……..………………………………………………………………………
2. Miejsce prowadzenia działalności:......………..……………………………….…………………………….…………...
3. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy:

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

1. Wymagania jakie powinien spełniać kandydat na szkolenie (poziom i rodzaj wykształcenia lub kwalifikacji):

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

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

1. Zakres umiejętności, uprawnień, kwalifikacji jakie powinien uzyskać absolwent szkolenia:

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

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

1. Liczba uczestników szkolenia ……………………………………………………………………
2. Osoba do kontaktu z PUP ………………………………………………………………………..

……………….………………………………

/pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

do reprezentowania pracodawcy/

**OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:**

1. **Zobowiązuję się do zatrudnienia bezrobotnego/ych skierowanego/ych na szkolenie na okres co najmniej 6 miesięcy w trakcie lub po ukończeniu szkolenia lub po zdaniu egzaminu, jeśli został przeprowadzony.**
2. nie posiadam/posiadam\* zadłużeń w Urzędzie Skarbowym z tytułu zobowiązań podatkowych,
3. nie posiadam/posiadam\* zadłużeń w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych z tytułu opłat składek na ubezpieczenie społeczne,
4. jestem/nie jestem\* beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu art. 2 pkt 16 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007r. Nr 59, poz. 404 oraz z 2008r, Nr 93, poz. 585)

\* 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”.***

Data............................. …………………………………………

podpis, pieczęć

(Właściciel, Dyrektor, Prezes)

**W przypadku beneficjenta pomocy publicznej do wniosku należy dołączyć:**

1. **Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis stanowiący załącznik nr 1**
2. **W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy dołączyć stosowne zaświadczenia o otrzymanej pomocy (kserokopie potwierdzone za zgodność).**

Załącznik nr. 1

**PRZEDWSTĘPNA UMOWA O PRACĘ**

zawarta w dniu …......................…............. pomiędzy:

…........................................................................................, zwanym dalej Pracodawcą, a …................................................................................., zwanym dalej Pracownikiem.

§1

Pracodawca i pracownik zobowiązują się do zawarcia umowy o pracę na okres nie krótszy niż 6 miesiące, tj. na czas ….......................................

………………………………………...…...…. w ramach, której Pracodawca zatrudni pracownika na stanowisku …………………………………………………………..…

§2

Wynagrodzenie Pracownika będzie wynosić …........................... miesięcznie.

§3

Miejsce świadczenia pracy ….........................................................................................

§4

Pracownik zostanie zatrudniony nie później niż 3 miesiąc od zakończenia szkolenia\*/nie później niż 1 miesiąc od uzyskania uprawnień\*

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

(nazwa szkolenia/rodzaj uprawnień)

§5

Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§6

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednej ze stron.

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

(Podpis pracownika) (Podpis pracodawcy)

\*niepotrzebne skreślić