Lubin, dnia ……................20….r.

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

*(pieczątka firmowa wnioskodawcy)*

|  |
| --- |
| ADNOTACJE POWIATOWEGO URZĘDU PRACY: |
| CAZ-IRP. |
| nr wn. SYRIUSZ WnSTAZ/ |
| nr of. SYRIUSZ OfPR/ |
| nr um. SYRIUSZ UmSTAZ/ |

Dyrektor

Powiatowego Urzędu Pracy

w Lubinie

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O ZORGANIZOWANIE STAŻU

(nie dopuszcza się modyfikacji formularza)

Na zasadach określonych w art. 53 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy   
*(tekst jednolity Dz.U.2023.735 z późn. zm.)* *oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009r.w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz.U. Nr 142 poz. 1160)*

***Załączniki niezbędne do rozpatrzenia wniosku:*** - Umowa spółki w przypadku spółek cywilnych;

- Program stażu (wg Załącznika Nr 1);

- Krajowa oferta pracy (wg Załącznika nr 2).

**I DANE DOTYCZĄCE ORGANIZATORA:**

1. Firma lub imię i nazwisko, adres siedziby i miejsce prowadzenia działalności, telefon, faks, e-mail:

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

1. Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby upoważnionej do podpisywania umów cywilno – prawnych   
   (w przypadku wydania pełnomocnictwa dla osoby upoważnionej w załączeniu kserokopia tego pełnomocnictwa lub upoważnienia)

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

(imię i nazwisko) (stanowisko)

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

(imię i nazwisko) (stanowisko)

1. NIP.................................. REGON.......................... Data rozpoczęcia prowadzenia działalności ……...……......
2. Określenie organizatora stażu *(proszę zaznaczyć właściwe pole):*

□ przedsiębiorca niezatrudniający pracownika na zasadach przewidzianych dla pracodawców

□ pracodawca

□ rolnicza spółdzielnia produkcyjna

□ osoba fizyczna prowadząca działalność w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej

□ organizacja pozarządowa

1. Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę w dniu złożenia wniosku: …………………

**II DANE DOTYCZĄCE BEZROBOTNYCH SKIEROWANYCH DO ODBYCIA STAŻU:**

1. Wnioskowana liczba osób : .................................................
2. Proponowany kandydat (imię, nazwisko, pesel, adres) …………………..…………………………………………..

*...................................................................................................................................................................................*

1. Proponowany okres odbywania stażu *(proponowany okres stażu powinien być uzasadniony zakresem zadań w programie stażu oraz przesłankami wskazanymi w art. 53 ust. 1i 2 ustawy),* nie krótszy niż 3 m-ce : …………..…….
2. Kod zawodu lub specjalności, zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy\*: ...................................... *\* dostępny na stronie:* [*http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/wyszukiwarka-opisow-zawodow/-/klasyfikacja\_zawodow/litera/A*](http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/wyszukiwarka-opisow-zawodow/-/klasyfikacja_zawodow/litera/A)
3. Wykształcenie kierowanych bezrobotnych: ...........................................................................................................
4. Minimalne kwalifikacje niezbędne do rozpoczęcia stażu: ……………………………………...……………….
5. Predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne: ……..................................................................................................
6. Czy charakter pracy wymaga: □ kontaktu z żywością, □ kontaktu z osobami chorymi lub starszymi,  
   □ z dziećmi, □ pracy na wysokości powyżej 3 m, □ pracy w szczególnych warunkach (jakich?) …………..
7. Dokładny adres miejsca odbywania stażu: ............................................................................................................
8. Imię i nazwisko oraz stanowisko opiekuna bezrobotnego: ...................................................................................

*Opiekun Bezrobotnego nie może jednocześnie sprawować opieki nad więcej niż 3 osobami bezrobotnymi odbywającymi staż.*

1. Opis zadań jakie będą wykonywane podczas stażu, w tym:
   * nazwa komórki organizacyjnej i stanowiska pracy ……..........................................................
   * zakres zadań zawodowych .....................................................................................................

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

1. Po zakończonym stażu ( *proszę zaznaczyć właściwe pole)*:

* DEKLARUJEMY zatrudnienie *(w tym przypadku obowiązuje wypełnienie załącznika Nr 2 tj. KRAJOWEJ OFERTY PRACY*

w ramach umowy o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy na okres:

* + - min. 3 m-cy
    - min. 6 m-cy
* NIE DEKLARUJEMY zatrudnienia *(załącznik Nr 2 nie dotyczy)*

Dane osoby upoważnionej do kontaktu z PUP w Lubinie

Imię nazwisko …………………………………..…………….…….. stanowisko ……………..…………………….

nr telefonu ………….................................................................... w godzinach ................................................

**\* niepotrzebne skreślić**

1. **INFORMACJA O WSPÓŁPRACY Z URZĘDAMI PRACY**

**w ciągu ostatnich 24 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.P. | Imię i nazwisko osoby bezrobotnej | Przedmiot umowy  *(staż, prace interwencyjne, refundacja składek ZUS, środki na doposażenie stanowiska pracy)* | Siedziba Urzędu Pracy z którym zawarto umowę | Okres obowiązywania umowy od … do … | Czy zatrudniona, jeśli tak to na jaki okres od … do … |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Oświadczam, że na dzień złożenia wniosku staż w mojej firmie odbywa …………… osób.

***Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 § 1 Kodeksu Karnego) oświadczam, że :***

* ***dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą,***
* ***nie toczy się w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację,***
* ***firma, którą reprezentuję nie posiada zaległości wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Urzędu Skarbowego,***
* ***w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku prawomocnym wyrokiem i nie skazano firmy za naruszenie***

***praw pracowniczych, nie prowadzone jest również postępowanie wyjaśniające w tej sprawie,***

* ***wskazany w pkt 2 kandydat nie odbywał w mojej firmie na stanowisku wskazanym we wniosku stażu,***

***przygotowania zawodowego w miejscu pracy lub przygotowania zawodowego dorosłych.***

Data ............................................. ……….......................................................... (podpis i pieczęć wnioskodawcy - Organizatora stażu)

Załącznik Nr 1

## PROGRAM STAŻU

………………………………………………………..

………………………….…………….. (nazwa zawodu lub specjalności)

(pieczęć Organizatora)

1. Zakres zadań wykonywanych przez bezrobotnego: ………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Opiekun osoby objętej programem stażu:

Imię i Nazwisko: ...................................................................... stanowisko: ………….………….................

1. Sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:

**□ egzamin sprawdzający □ test kompetencji □ rozmowa weryfikująca □ obserwacje □ inne …..……**

1. Rodzaj uzyskanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych przez bezrobotnego ……………………………..

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

1. **Czas pracy - system pracy *(proszę zaznaczyć właściwe pole*):**

**□ jednozmianowy □ dwuzmianowy □ praca w ruchu ciągłym**

I zm. od ……… do……… II zm. od ……… do……… III zm. od ……… do ………..

Realizacja stażu wymaga pracy w : □ niedzielę □ święta □ w porze nocnej

*Bezrobotny* ***nie może odbywać stażu w godzinach nadliczbowych****. Czas pracy Bezrobotnego* ***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****.*

Organizator oświadcza, iż realizacja ww. programu stażu umożliwi osobie bezrobotnej wykonywanie pracy na danym stanowisku lub w zawodzie po zakończeniu stażu. Uzyskane w ten sposób kwalifikacje/umiejętności zostaną potwierdzone w formie opinii wydanej przez Organizatora.

Organizator zapoznaje bezrobotnego z programem stażu.

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

*(data*)  *( podpis i pieczęć Organizatora stażu)*

Załącznik Nr 2

**KRAJOWA OFERTA PRACY (DOT. ZATRUDNIENIA PO STAŻU)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| I. Informacje dotyczące pracodawcy | | | | | | | |
| 1. Nazwa pracodawcy | | | 2. Adres pracodawcy | | | | |
| 3. Nazwisko i imię pracodawcy lub pracownika wskazanego przez pracodawcę do kontaktów w sprawie oferty pracy: telefon (nr faksu, adres poczty elektronicznej i strony internetowej, jeżeli pracodawca posiada takie możliwości) | | | 1. Numer statystyczny pracodawcy **(REGON)/(NIP)**   **……………………/……………………………** | | | 1. Forma prawna prowadzenia działalności   .……………….…………………. | |
| 1. Liczba zatrudnionych pracowników:   **……………………………….** | | |
| II. Informacje dotyczące zgłoszonego miejsca zatrudnienia | | | 1. Liczba wolnych miejsc pracy   …………………………. | | | | 1. Z pozycji 7. W tym dla osób niepełnosprawnych …………….. |
| 1. Nazwa stanowiska/kod zawodu lub specjalności   ………………………………………/………………. | | 1. Ogólny zakres obowiązków   -  -  - | 11. Miejsce wykonywania pracy | | Data rozpoczęcia zatrudnienia | | |
| 1. Rodzaj umowy stanowiącej podstawę wykonywania pracy   1) na czas nieokreślony  2) na czas określony  - Okres zatrudnienia ……………. | | 1. System i rozkład czasu pracy 2. jedna zmiana   2) dwie zmiany  3) ruch ciągły  4) inne | 14. Wymiar czasu pracy:  pełny | | Oczekiwania pracodawcy:  -wykształcenie:  -umiejętności:  -uprawnienia:  -doświadczenie:  -znajomość języków: | | |
| 15. Wysokość wynagrodzenia (miesięcznie brutto) | |
| III. Adnotacje urzędu pracy | | | | | | | |
| 31. Numer pracodawcy | 32. Data przyjęcia zgłoszenia | | 33. Numer zgłoszenia | 34.Sposób przyjęcia oferty  Pisemnie: TAK/NIE  Aktualność oferty:  Częstotliwość kontaktów: | | | |
| 35. Data anulowania zgłoszenia | 36. Numer pracownika urzędu pracy | | 37. Inne informacje |
|

Pracodawca wyraża zgodę na realizację oferty w formie ZAWIERAJĄCEJ / NIE ZAWIERAJĄCEJ danych umożliwiających jego identyfikację

Pracodawca oświadczył, że w okresie do 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy nie został skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych i nie jest objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.

Pracodawca zgłosił ofertę do jednego powiatowego urzędu pracy właściwego ze względu na siedzibę pracodawcy albo miejsce wykonywania pracy, albo innego wybranego przez siebie urzędu.

Pracodawca jest / nie jest agencją zatrudnienia, zgłaszającą ofertę pracy tymczasowej,

Pracodawca jest/nie jest zainteresowany upowszechnieniem oferty w wybranych krajach EOG

Pracodawca jest/nie jest zainteresowany przekazaniem oferty pracy do innych powiatowych urzędów pracy w celu upowszechnienia w ich siedzibach (jeśli tak to jakich………………………………………………………………………………………………………………………………………..)

Oferta jest / nie jest ofertą pracy tymczasowej – dotyczy ofert pracy zgłaszanych przez agencje pracy tymczasowej (art. 19g ustawy)

***Podstawa prawna: (Ustawa z 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy - tekst jednolity Dz.U. 2023.735 z późn. zm.)***

***…………………………………………….…………… …………………………………………….. (data i podpis doradcy klienta) ( podpis Pracodawcy)***

***\*pracodawca wypełnia jasne pola***