

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

pieczątka wnioskodawcy miejscowość i data sporządzenia wniosku

**WNIOSEK**

**o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu**

w oparciu o art. 53 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t. j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1100 z późn. zm.) oraz 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).

A. Dane dotyczące organizatora:

1. Pełna nazwa organizatora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Adres siedziby organizatora, numer telefonu, fax, e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Miejsce prowadzenia działalności \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Imię, nazwisko oraz stanowisko osoby upoważnionej do podpisania umowy:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(do stanu zatrudnienia nie wlicza się pracodawcy oraz osób zatrudnionych na podstawie umowy zlecenia, umowy   
o dzieło, umowy o pracę nakładczą, uczniów, osób korzystających z urlopów wychowawczych, macierzyńskich oraz urlopów bezpłatnych powyżej 3 m-cy)*

1. Liczba osób bezrobotnych aktualnie odbywających staż ogółem (na dzień złożenia wniosku): \_\_\_\_\_\_\_

*(podać liczbę osób odbywających staż na podstawie umów zawartych z jakimkolwiek urzędem pracy)*

7. Numer REGON: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kod PKD (po 2007 r.): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numer NIP:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Forma prawna: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data rozpoczęcia działalności: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

B . Dane dotyczące osób i warunków przewidzianych do odbywania stażu:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa i kod zawodu lub specjalności (zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy !)** | **Wnioskowana liczba miejsc pracy do odbywania stażu** | **Wymagania: poziom wykształcenia, kwalifikacje oraz predyspozycje psychofizyczne  i zdrowotne kandydatów** | **Proponowany okres odbywania stażu (m-cy)** | **Opis zadań jakie będą wykonywane podczas stażu przez bezrobotnego** |
|  |  |  |  |  |



1. Miejsce odbywania stażu oraz nazwa komórki organizacyjnej i stanowiska pracy stażysty:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Godziny odbywania stażu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Imię i nazwisko oraz numer telefonu osoby ze strony organizatora, z którą należy się kontaktować   
 w sprawach stażu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Dane opiekuna bezrobotnego objętego stażem: Imię i nazwisko opiekuna: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stanowisko opiekuna: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Opiekun bezrobotnego odbywającego staż może sprawować opiekę nad nie więcej niż 3 osobami bezrobotnymi, w przypadku  
 organizowania stażu dla większej liczby osób bezrobotnych należy podać szczegółową informację dotyczącą opiekunów).*

5. Organizator posiada/ nie posiada własnych kandydatów \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(podać imię, nazwisko i adres zamieszkania kandydata)*

C. Oświadczenia Organizatora: (  *właściwe zaznaczyć*)

***Oświadczam, że:***

1. ***Reguluję Nie reguluję*** *na bieżąco zobowiązań wobec ZUS i Urzędu Skarbowego.*
2. ***Zostałem***  ***Nie zostałem*** *w okresie 365 dni przed złożeniem wniosku skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych,* ***jestem nie jestem*** *objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.*
3. ***Toczy się nie toczy*** *się w stosunku do jednostki, którą reprezentuję postępowanie upadłościowe i*  ***został nie został*** *zgłoszony wniosek o likwidację.*
4. *Bezrobotni, wskazani w pkt. B 5 niniejszego wniosku,* ***są******nie są*** *moim w*spółmałżonkiem,***są******nie są*** *ze mną spokrewnieni w linii prostej lub w drugim stopniu linii bocznej,  
    a także* ***prowadzimy*** ***nie prowadzimy*** *wspólne gospodarstwo domowe.*
5. *Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 k.k.) oświadczam,  
   że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.*

**Organizator: (*w odpowiednim miejscu należy wpisać liczbę,)***

**deklaruje zatrudnienie** po zakończeniu realizacji stażu, os. w tym ***(wybrać odpowiednie)****:*

* *w ramach stosunku pracy–oferta pracy na okres co najmniej 35 dni, na pełny etat os.*
* *w ramach stosunku pracy–oferta pracy na okres co najmniej 35 dni, co najmniej ½ etatu os.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis i pieczątka organizatora

Dokumenty wymagane do wniosku o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu:

* 1. **program stażu**
  2. **kserokopia umowy spółki wraz z zaświadczeniami o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej wszystkich wspólników** - w przypadku spółki cywilnej
  3. **kserokopia aktu założycielskiego lub statutu instytucji, powołanie na stanowisko dyrektora/kierownika wraz z pełnomocnictwem do składania oświadczeń woli** -w przypadku szkół, przedszkoli itp.
  4. **pełnomocnictwo** do reprezentowania organizatora udzielone przez osoby uprawnione (**nie jest wymagane** **jeżeli** osoba podpisująca wniosek i umowę jest upoważniona do reprezentowania organizatora w dokumencie rejestracyjnym,)
  5. **umowa najmu** **lokalu** lub inny dokument potwierdzający, że w miejscu wskazanym we wniosku do odbywania stażu organizator prowadzi swoją działalność - **nie jest wymagane w przypadku** gdy podany adres wynika z dokumentu stanowiącego podstawę prawną działalności organizatora.

***UWAGA!* Wniosek należy wypełnić w sposób czytelny wpisując treść w każde miejsce przeznaczone do uzupełnienia, nie zostawiając pustych pól. Jeżeli poszczególne rubryki nie znajdą w konkretnym przypadku zastosowania, należy wpisać „nie dotyczy”. Wszelkich poprawek należy dokonywać poprzez skreślenie i zaparafowanie. Wymagane załączniki należy składać w formie kserokopii wraz z oryginałami (do wglądu).**

**Dla każdego zawodu Organizator składa odrębny wniosek o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu!**

KLAUZULA INFORMACYJNA W ZAKRESIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

1. Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych  
   i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Powiatowy Urząd Pracy w Wieliczce informuje że:
2. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Wieliczce   
   z siedzibą przy ul. Sienkiewicza 13 a, 32-020 Wieliczka,
3. kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - adres e-mail: [iod@pupwieliczka.pl](mailto:iod@pupwieliczka.pl)
4. Pani/Pana Dane są przetwarzane zgodnie z art. 6, pkt 1, lit. C i E Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UR) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku, w celu realizacji zadań określonych w ustawie z 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia  
    i instytucjach rynku pracy (t. j.: Dz. U. 2021 poz. 1100 z późn. zm.), ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2020 poz. 426 z późn. zm.), a także w aktach wykonawczych do ww. ustaw. Oprócz danych osobowych pozyskanych bezpośrednio od Pani/Pana, Urząd będzie przetwarzał dane, do których dostęp jest możliwy na podstawie przepisów prawa, w szczególności dane pozyskane z rejestrów ZUS, danych zawartych w AC, rejestrach CEIDG, KRS, REGON oraz Rejestrze Instytucji Szkoleniowych w zakresie informacji o przedsiębiorcach i innych podmiotach w zakresie niezbędnym do realizacji zadań,
5. odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz wykonawca usługi udostępniania systemu teleinformatycznego – zewnętrzne centrum przetwarzania danych,
6. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą zgodnie z kategoriami archiwalnymi,
7. posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych,
8. dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również profilowane,
9. ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO,
10. podanie danych ma charakter dobrowolny, aczkolwiek jest wymogiem ustawowym,   
    a konsekwencją odmowy ich podania jest brak możliwości realizacji zadań określonych  
    w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
11. Administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowych.

……..………………………………………..

data, pieczątka i czytelny podpis wnioskodawcy

PRO GRA M STAŻU

**Dla zawodu lub specjalności: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(nazwa i kod zawodu zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności)*

Dane opiekuna osoby objętej programem stażu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*( imię, nazwisko i stanowisko opiekuna oraz nr. telefonu)*

|  |
| --- |
| Zak res z adań w yk on ywan ych p rzez staż ystę: |
| Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności z awodow yc h: |
| Sposób potwierdzenia nab yt ych kw alifikacji lub u miejętności z awodow yc h : |

Zmiana programu może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis i pieczątka Organizatora podpis i pieczątka Dyrektora

