

\_\_\_\_\_  
pieczętka 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 2020 r. poz. 1409 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: \_\_\_\_\_

5. 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)

6. 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 współmałżonkiem,  **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 pieczęć 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 znajdują 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:
  - a) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Wieliczce z siedzibą przy ul. Sienkiewicza 13 a, 32-020 Wieliczka,
  - b) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - adres e-mail: [iod@pupwieliczka.pl](mailto:iod@pupwieliczka.pl)
  - c) 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. 2020 poz. 1409 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,
  - d) 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,
  - e) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą zgodnie z kategoriami archiwalnymi,
  - f) 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,
  - g) dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również profilowane,
  - h) ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO,
  - i) 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.
2. Administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowych.

.....  
data, pieczętka i czytelny podpis wnioskodawcy

## PROGRAM 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)

Zakres zadań wykonywanych przez stażystę:

Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:

Sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:

Zmiana programu może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej.

\_\_\_\_\_  
podpis i pieczęć Organizatora

\_\_\_\_\_  
podpis i pieczęć Dyrektora