Kędzierzyn-Koźle………...................

Nr wniosku[[1]](#footnote-1) …………

**WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY**

**O ZORGANIZOWANIE STAŻU U ORGANIZATORA**

**na zasadach określonych w art. 53 ust. 1 - 8 oraz art. 61a ust.1 ustawy o promocji zatrudnienia   
i instytucjach rynku pracy z dnia 20 kwietnia 2004r. (Dz. U. z 2024r. poz. 475)** **oraz rozporządzenie MPiPS z dnia 20.08.2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz. U. Nr 142 poz. 1160)**

1. **DANE DOTYCZĄCE ORGANIZATORA**
   1. Pełna nazwa Organizatora (Nazwa firmy lub imię i nazwisko)

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

* 1. Adres siedziby Organizatora, numer telefonu, e – mail, osoba do kontaktu:

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

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

* 1. Miejsce prowadzenia działalności

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

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

* 1. Numer REGON : ......................................................................................................................................................
  2. Kod PKD: .................................................................................................................................................................
  3. NIP : ........................................................................................................................................................................
  4. Forma prawna ..........................................................................................................................................................
  5. Rodzaj działalności ..................................................................................................................................................
  6. Data rozpoczęcia działalności ..................................................................................................................................
  7. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania Organizatora przy podpisaniu umowy   
     (zgodnie z dokumentami rejestrowymi)…………………………………………………………………………....
  8. Stan zatrudnienia (w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy)\*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FORMA ZATRUDNIENIA | stan zatrudnienia w dniu złożenia wniosku | Stan zatrudnienia  -sześć miesięcy poprzedzających złożenie wniosku | | | | | |
| Umowa o pracę  pełny wymiar |  |  |  |  |  |  |  |
| Umowa o pracę niepełny wymiar |  |  |  |  |  |  |  |
| Ogółem |  |  |  |  |  |  |  |

**\*** w przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia powyżej 10% proszę podać przyczynę

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

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

* 1. Liczba osób bezrobotnych odbywających staż w dniu złożenia wniosku:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| OGÓŁEM | w ramach umów zawartych w PUP Kędzierzyn - Koźle | w ramach umów zawartych w innych powiatowych urzędach pracy |
|  |  |  |

1. **DOTYCHCZASOWA WSPÓŁPRACA Z POWIATOWYM URZĘDEM PRACY** (OSTATNIE 2 LATA)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FORMA WSPARCIA | liczba zorganizowanych miejsc pracy | w jakim okresie  (lata) | liczba osób zatrudnionych po wygaśnięciu umowy |
| STAŻE |  |  |  |
| DOPOSAŻENIE STANOWISKA PRACY |  |  |  |
| DOTACJA |  |  |  |
| PRACE INTERWENCYJNE |  |  |  |
| INNE |  |  |  |

1. **DANE DOTYCZĄCE WNIOSKOWANEGO STAŻU**
2. Zgłaszam gotowość i wnioskuję o zorganizowanie stażu dla....................................... bezrobotnych zarejestrowanych   
   w tutejszym Powiatowym Urzędzie Pracy. (liczba – ilość osób)
3. Proponowany okres odbywania stażu: …………………………. miesięcy (nie krócej niż 3 miesiące). (liczba – od 3 do 6 miesięcy)
4. Miejsce odbywania stażu (adres): ……………………………………………………………………………...

1.*U Organizatora, który jest pracodawcą \*, staż mogą odbywać jednocześnie bezrobotni w liczbie nieprzekraczającej liczby pracowników zatrudnionych   
u Organizatora w dniu składania wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy (Pracodawca – oznacza to jednostkę organizacyjną, chociażby nie posiadała osobowości prawnej, a także osobę fizyczną, jeżeli zatrudniają one co najmniej jednego pracownika).*

2. *U Organizatora stażu, który nie jest pracodawcą, staż może odbywać jednocześnie jeden bezrobotny.*

3. *Opiekun bezrobotnego odbywającego staż może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż 3 osobami bezrobotnymi odbywającymi staż*

**D. OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA**

1. Oświadczam, że w okresie 6 m-cy przed złożeniem wniosku, w naszej firmie nie dokonywaliśmy zwolnień pracowników przekraczających 10% stanu załogi z winy zakładu pracy /z wyjątkiem zwolnień wynikających z sezonowości/.
2. Oświadczam , że w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku nie zostałem skazany prawomocnym wyrokiem   
   za naruszenie praw pracowniczych i nie jestem objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.
3. Oświadczam, iż nie organizuję ponownie stażu dla bezrobotnego, który odbywał staż, przygotowanie zawodowe   
   w miejscu pracy lub przygotowanie zawodowe dorosłych w naszej firmie na tym samym stanowisku pracy.
4. Oświadczam, że nie organizuję stażu dla bezrobotnego, który jest osobą najbliższą (małżonek, wstępny, zstępny, rodzeństwo).
5. Zobowiązuję się do przeszkolenia bezrobotnego na zasadach przewidzianych dla pracowników w zakresie bezpieczeństwa   
   i higieny pracy, przepisów przeciwpożarowych.
6. Zobowiązuję się do skierowania bezrobotnego i pokrycia kosztów badań lekarskich przed rozpoczęciem stażu.
7. Zapoznałem/ łam się z regulaminem i kryteriami Powiatowego Urzędu Pracy w Kędzierzynie-Koźlu określającymi warunki odbywania stażu u Organizatora.
8. Zostałem/ łam poinformowany/ na że przy rozpatrywaniu wniosków brane są pod uwagę m.in.: przebieg współpracy oraz wywiązywanie się z deklaracji zatrudnienia w zawieranych umowach z Powiatowym Urzędem Pracy   
   w Kędzierzynie-Koźlu (ostatnie 2 lata) oraz długość i forma gwarantowanego okresu zatrudnienia po zakończeniu stażu

***Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.***

***Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.***

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

**podpis i pieczątka Organizatora**

Załączniki:

**PROGRAM STAŻU**

( w przypadku kilku różnych stanowisk dla każdego z nich należy sporządzić odrębny program stażu)

|  |
| --- |
| 1. Nazwa zawodu zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności |

................................................... \* wypełnia Powiatowy Urząd Pracy

|  |
| --- |
| 2. Nazwa stanowiska pracy |

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

|  |
| --- |
| 3. Szczegółowy zakres zadań zawodowych, rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych oraz proponowany system odbywania stażu |

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

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

**zmianowość**: jednozmianowa, dwuzmianowa, trzyzmianowa\* niepotrzebne skreślić

**godziny pracy**: od ………...do ………., **sobota:** od …………. do………….

**praca w niedzielę i święta**: TAK / NIE\*

**praca w porze nocnej:** TAK / NIE\*

W przypadku pracy zmianowej, w niedzielę i święta lub w porze nocnej proszę o uzasadnienie jej konieczności

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

*O udzieleniu zgody na pracę w niedzielę i święta, w systemie zmianowym lub porze nocnej Organizator zostanie powiadomiony pisemnie (zgoda nie dotyczy dni ustawowo wolnych).*

|  |
| --- |
| 1. Wymagania dotyczące predyspozycji psychofizycznych, poziomu wykształcenia oraz minimalnych kwalifikacji niezbędnych do podjęcia stażu |

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

1. Imię i nazwisko proponowanego kandydata do odbycia stażu

(w przypadku niezakwalifikowania się wskazanego kandydata organizator **wyraża/ nie wyraża\*** zgody na skierowanie innego kandydata) \* niepotrzebne skreślić

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

|  |
| --- |
| 6. Imię, nazwisko oraz stanowisko opiekuna nadzorującego osobę bezrobotną\*  \* *Opiekun bezrobotnego odbywającego staż może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż* ***3*** *osobami bezrobotnymi odbywającymi staż.* |

imię i nazwisko:………………………………………….., stanowisko:…………………………………….…...........

|  |
| --- |
| 8.Sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych |

opinia pracodawcy, .........................................................................................................................................................

*Zmiana „programu stażu” może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej w postaci aneksu do umowy.*

**Składam deklarację dalszego zatrudnienia bezrobotnego niezwłocznie po zakończonym stażu   
na podstawie umowy o pracę w wymiarze ………. etatu, w miejscu odbywania stażu, na okres   
co najmniej ................ miesięcy\*.**

\**miesiąc oznacza pełne 30 dni*

**W związku z powyższym zgłaszam ofertę pracy na wskazany wyżej okres oraz wymiar czasu pracy, która będzie ważna po ukończeniu stażu przez osobę bezrobotną.**

**Szczegóły dotyczące zatrudnienia (po zakończonym stażu)\*:**

**Nazwa stanowiska pracy:……………………………………………………………………………………**

**Wysokość proponowanego wynagrodzenia:……………………………………………………………….**

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

**podpis i pieczątka Organizatora**

**Do wniosku należy dołączyć następujące dokumenty:**

* kserokopia dokumentu poświadczającego formę prawną istnienia firmy (w przypadku nie figurowania w Centralnej Ewidencji   
  i Informacji o Działalności Gospodarczej lub Krajowym Rejestrze Sądowym lub w innych ogólnodostępnych rejestrach), w przypadku spółki cywilnej należy przedłożyć kserokopię umowy spółki cywilnej

**Informacja o zasadach przetwarzania danych osobowych**

Zgodnie z art.13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r.   
w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE ( dalej RODO)

informujemy, że:

1. Administratorem danych jest Powiatowy Urząd Pracy w Kędzierzynie-Koźlu, przy ul. Anny 11, 47-200 Kędzierzyn-Koźle.   
   Z Administratorem danych można się kontaktować poprzez adres e-mail: [opke@praca.gov.pl](mailto:opke@praca.gov.pl) , telefonicznie pod numerem: 77 482-70-41, lub pisemnie na adres podany wyżej.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych , z którym może się Pani/Pan skontaktować poprzez e-mail: iodo@pup-kkozle.pl, lub pisemnie na adres siedziby Administratora. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować   
   we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
3. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. c. i e. RODO, tj. obowiązku prawnego ciążącego   
   na Administratorze oraz w celu wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym i dotyczy realizacji wybranego przez Panią/Pana rodzaju wsparcia o którym mowa w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 r., poz. 475)
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty i instytucje, których dostęp do danych wynika z przepisu prawa. W niektórych sytuacjach Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazane podmiotom współpracującym   
   z Administratorem danych na potrzeby wykonywania ustawowych zadań urzędu, w tym kancelarii prawnej, dostawcom usług IT, operatorom pocztowym.
5. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, otrzymania kopii danych, prawo do ich usunięcia, przeniesienia danych, oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania.
6. Podanie danych jest konieczne w celu skorzystania z proponowanych form aktywacji zawodowej i realizacji wybranego rodzaju wsparcia.
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych.
8. Dane osobowe przechowywane będą przez czas niezbędny do udokumentowania udzielonej formy wsparcia, w oparciu   
   o obowiązuje przepisy prawa.
9. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych na adres: ul. Stawki 2,   
   00-193 Warszawa, tel: 22 531 03 00, jeśli uzna Pani/Pan że dane przetwarzane są z naruszeniem przepisów prawa.
10. Pana/Pani dane nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

……………………

data, podpis i pieczątka

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

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

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

(nazwa i adres Wnioskodawcy)

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

W związku z ubieganiem się o wsparcie finansowane ze środków Unii Europejskiej   
lub krajowych oświadczam, że **nie zachodzą przesłanki wykluczające otrzymanie wsparcia,   
o których mowa w art. 5l Rozporządzenia (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. U. EU L 229 z 31.07.2014, str. 1 z późn. zm.)[[2]](#footnote-2) oraz nie znajduję się na liście osób i podmiotów wobec których stosowane są środki sankcyjne o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022r.   
o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2023 r. poz. 1497 z późniejszymi zmianami).**

Jednocześnie oświadczam, że nie mam powiązań z osobami lub podmiotami, o których mowa w art. 5l Rozporządzenia (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r względem których stosowane są środki sankcyjne.

Kędzierzyn-Koźle, dn. …………….. …………………………

Podpis Wnioskodawcy

*Weryfikacja oświadczenia – wypełnia pracownik PUP*

*Wnioskodawca nie figuruje w rejestrze osób i podmiotów, względem których stosowane są środki sankcyjne, umieszczonym   
na stronie BIP MSWiA oraz nie posiada z nimi powiązań.*

*Data weryfikacji …………………..*

*Podpis pracownika …………………….*

1. wypełnia Powiatowy Urząd Pracy [↑](#footnote-ref-1)
2. Art. 5l Rozporządzenia (UE) nr 833/2014: Zakazuje się udzielania bezpośredniego lub pośredniego wsparcia, w tym udzielania finansowania i pomocy finansowej lub przyznawania jakichkolwiek innych korzyści w ramach programu Unii, Euratomu lub krajowego programu państwa członkowskiego oraz umów w rozumieniu rozporządzenia (UE, Euratom) 2018/1046 136 , na rzecz jakichkolwiek osób prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji, które w ponad 50 % są własnością publiczną lub są pod kontrolą publiczną. [↑](#footnote-ref-2)