Miechów, dnia…………………...…

……………………………….………….

(pieczęć organizatora)

**Wniosek**

**o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu**

w oparciu o art. 114 ustawy z dnia 20 marca 2025r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia oraz odpowiednio Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych.

1. **DANE DOTYCZĄCE ORGANIZATORA**
2. Pełna nazwa lub imię i nazwisko organizatora   
   ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. Adres siedziby organizatora i miejsce prowadzenia działalności, numer telefonu, e-mail:

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

1. Adres do korespondencji:

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

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

1. Nazwisko i imię osoby upoważnionej do reprezentowania organizatora:

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

1. Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy ............................…………………..……………..
2. Liczba bezrobotnych odbywających aktualnie staż u organizatora   
   ...........................................................................................................................................................................
3. Numer identyfikacji podatkowej (NIP) lub numer REGON……………………………….….…………………………..……………
4. W przypadku osoby fizycznej nieposiadającej numeru NIP ani REGON – numer PESEL……………………..………….
5. Forma prawna organizatora ………………………………………………………………..……………..…………….............................
6. **DANE DOTYCZĄCE OSÓB PRZEWIDZIANYCH DO ODBYCIA STAŻU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Przewidywana liczba miejsc odbywania stażu | Stanowisko pracy | Proponowany okres odbycia stażu (od 3-do 6 miesięcy) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Miejsce odbywania stażu………………………………………………………….………………………………………………………….
2. Czy organizator przewiduje odbywanie stażu w formie zdalnej - tak/ nie\*

wymiar stażu w formie zdalnej ………………………..………… (Proszę do wniosku dołączyć regulamin lub inny dokument określający zasady pracy zdalnej u organizatora stażu).

1. Godziny odbywania stażu od…..........................................… do …………………………………………………………
   1. Proponowana liczba godzin stażu dziennie ……………………, tygodniowo ………………… w przeciętnym pięciodniowym tygodniu pracy.
2. Czy organizator przewiduje odbywanie wnioskowanego stażu:

a) w systemie zmianowym (jakim) ..........................................................................- tak / nie\*

b) w niedziele i święta - tak / nie\*

c) w porze nocnej - tak / nie\*, a jeśli tak, to czym jest to uzasadnione ……………………………………………………………………………………………………………

1. **Nazwisko i imię** stanowisko opiekuna bezrobotnego odbywającego staż ……………………………………………………...……..………………..…………………………..
2. Przewidywana liczba osób, którą organizator deklaruje się zatrudnić **w ramach umowy o pracę** po zakończeniu okresu stażowego:
   1. na czas nieokreślony……………………. osób, wymiar czasu pracy…………………….
   2. na czas określony – podać jaki ………………., ilość osób ……,   
      wymiar czasu pracy: …………………….
3. Ewentualni kandydaci wskazami do odbycia stażu (Nazwisko i Imię) oraz numer PESEL

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

1. Wskazany kandydat do odbycia stażu w okresie ostatnich 24 miesięcy:
   1. odbył staż u organizatora stażu…………………………………………………………………tak/nie\*

(jeśli tak proszę podać okresy odbywania stażu………………………………………………………………………)

* 1. była zatrudniony jako pracownik młodociany u organizatora ………………..….tak/nie\*

(jeśli tak proszę podać okresy zatrudnienia………………………………………………………………………)

* 1. wykonywał inną pracę zarobkowa……………………………………………………………..tak/nie\*

(jeśli tak proszę podać okresy zatrudnienia ……………………………………………………………)

\*Zakreślić właściwą odpowiedź

**Oświadczenie wnioskodawcy**

1) posiadam/nie posiadam zaległości podatkowych\*;

2) dopełniam / nie dopełniam\* obowiązku opłacania składek na ubezpieczenia społeczne, na ubezpieczenie zdrowotne, na Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy oraz na Fundusz Emerytur Pomostowych, lub zgłaszam/nie zgłaszam\* do ubezpieczeń społecznych pracowników lub innych osób podlegających obowiązkowi zgłoszenia do ubezpieczeń;

3) posiadam/nie posiadam\* w KRUS zaległości z tytułu niepłacenia składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne

\*Zakreślić właściwą odpowiedź

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

***Klauzula informacyjna dla osób, których dane osobowe zawarte są we wniosku i od momentu jego złożenia będą przetwarzane w Powiatowym Urzędzie Pracy w Miechowie.***

*Wypełniając obowiązek prawny uregulowany zapisami 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), zwanego dalej jako „RODO”, informujemy że:*

Administratorem Danych Osobowych osób wymienionych we wniosku jest Powiatowy Urząd Pracy w Miechowie mający siedzibę w Miechowie ( 32- 200) przy ul. Sienkiewicza 27, który jest reprezentowany przez Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Miechowie.

Można się z nim skontaktować w następujący sposób:

- listownie: ul. Sienkiewicza Nr 27, 32- 200 Miechów,

- przez e- mail [krmi@praca.gov.pl](mailto:krmi@praca.gov.pl)

- telefonicznie: (41)38325-01,02.

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych (IOD), z którym można skontaktować się poprzez e- mail [iod@synergiaconsulting.pl](mailto:iod@synergiaconsulting.pl), telefonicznie pod numerem 500 610 605 lub pisemnie na adres siedziby Urzędu. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania przez Urząd danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z tym przetwarzaniem danych.

**Pełna treść klauzuli informacyjnej znajduje się w siedzibie Urzędu oraz na stronie internetowej** [**www.miechow.praca.gov.pl**](http://www.miechow.praca.gov.pl) **w dziale *Urząd – Ochrona danych osobowych .***

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

(data) (Podpis opiekuna wskazanego (Pieczęć i podpis organizatora:

w cz. B pkt.5) Właściciel, Dyrektor, Prezes)

UWAGA poniższe oświadczenie wypełniają wyłącznie przedsiębiorcy.

**Oświadczenie o niepodleganiu sankcjom w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę**

Oświadczam, że nie jestem związany z osobami lub podmiotami, względem których stosowane są środki sankcyjne nałożone w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę, i które figurują na stosownych listach, zarówno unijnych, jak i krajowych oraz że sam nie znajduję się na takiej liście.

…………….…………………….…………………………………………………..

Pieczątka i podpis, z podaniem imienia i nazwiska przedsiębiorcy lub

osoby (osób) uprawnionej (uprawnionych) w imieniu podmiotu

Niniejsze oświadczenie o niepodleganiu sankcjom służy stosowaniu:

1. rozporządzenia Rady (WE) nr 765/2006 z dnia 18 maja 2006 r. dotyczącego środków

ograniczających w związku z sytuacją na Białorusi i udziałem Białorusi w agresji Rosji

wobec Ukrainy;

2. rozporządzenia Rady (UE) nr 269/2014 z dnia 17 marca 2014 r. w sprawie środków

ograniczających w odniesieniu do działań podważających integralność terytorialną,

suwerenność i niezależność Ukrainy lub im zagrażających;

3. rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków

ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie.

Listy osób i podmiotów, względem których stosowane są środki sankcyjne znajdują się w załącznikach do regulacji unijnych oraz w rejestrze zamieszczonym na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji.

*\*Zakreślić właściwą odpowiedź*

*Wypełnia Powiatowy Urząd Pracy*:

Weryfikacji wnioskodawcy w związku z art. 1 i art. 7 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego dokonano w dniu ………………………….. wynik: WIDNIEJE/NIE WIDNIEJE

…………………………………

podpis pracownika PUP

Załączniki wymagane do realizacji wniosku:

1. Program stażu.

Załącznik Nr 1

**1. PROGRAM STAŻU – PROPONOWANY ZAKRES ZADAŃ ZAWODOWYCH**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa zawodu lub specjalności zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności | Opis zadań wykonywanych podczas stażu przez bezrobotnego | Zakres wiedzy i umiejętności zawodowych przewidzianych do opanowania |
| …………………………………………………………………………………….. | ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Nazwa komórki organizacyjnej |
| …………………………………………  ………………………………………… |
| Stanowisko pracy |
| ………………………………………..  ………………………………………… |
|  |

* + - 1. Imię i nazwisko opiekuna stażysty ……………………………………………………………………………….……….………………………
      2. Predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne bezrobotnego ……………………………………………………………………………

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

* + - 1. Wyksztalcenie bezrobotnego ………………………………………………………………………………………………………………………
      2. Dotychczasowa wiedza i umiejętności bezrobotnego…….……………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………….
      3. Nabyte wiedza i umiejętności zawodowe będą potwierdzone stosowną opinią wydaną przez organizatora.

………………………………………………………..

(pieczęć i podpis organizatora)

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

Adnotacje PUP

Czy organizator stażu w ostatnich 12 miesięcy od dnia złożenia wniosku zorganizował staż dla osoby bezrobotnej

……………………………………………………………………………….…………………………………………………….tak/nie

Czy starosta przerwał odbywanie staż przez bezrobotnego z powodu nierealizowania przez organizatora programu stażu

…………………………………………………………………………………….………………………………………………tak/nie

Czy organizator bez uzasadnionej przyczyny przerwał odbywanie stażu przez bezrobotnego …………………………………………………………………………………………………………………………….…….tak/nie

wer.23072025