**POWIATOWY URZĄD PRACY W GŁUBCZYCACH**

48-100 Głubczyce, ul. Pocztowa 6

Tel. /77/ 485-20-37 fax /77/ 485-87-60

e-mail: [opgl@praca.gov.pl](mailto:opgl@praca.gov.pl) [www.glubczyce.praca.gov.pl](http://www.glubczyce.praca.gov.pl)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wpisano do rejestru wniosków pod nr .................... | WYPEŁN IAPUP | Data wpływu wniosku do PUP |

## Wniosek dostępny na stronie PUP Głubczyce www.glubczyce.praca.gov.pl

|  |
| --- |
| **U W A G A:**  **Wniosek należy wypełnić czytelnie**  **Wniosek nie wypełniony w całości nie będzie rozpatrywany** |

# WNIOSEK - ST

o zorganizowanie stażu na zasadach określonych w art. 53 ustawy z dnia 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia   
i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r., poz. 475 z późn. zm.) i Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20.08.2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnego (Dz. U. z 2009 r. Nr 142, poz. 1160).

***A. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZATORA***

1. Pełna nazwa organizatora

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

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

2. Siedziba ……………………………………………………………………………………………………….

3. Miejsce prowadzenia działalności …….……………………………………………………………………

4. Adres do korespondencji …………………………………………………………………………………..

5. Data rozpoczęcia działalności………………………………………………………………………………….

6. Numer telefonu i fax lub e-mail ………………………………………………………………………………

7. Nazwisko i imię oraz stanowisko osoby upoważnionej do reprezentowania organizatora przy podpisywaniu umowy **- zgodnie z dokumentami rejestracyjnymi** 1).………………………………………………………………………………………………………………… 2)…………………………………………………………………………………………………………………. 8. Organizator działa na podstawie wpisu do: KRS/CEIDG (niepotrzebne skreślić)

9. Numer REGON………………………………………………………………………………………………

10. Rodzaj działalności wg PKD 2007 (główne) ………………………………………………………………………

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

11. Numer NIP………………………………………………………………………………………………..

12. Forma prawna ...................................................................................................................................................

*/przedsiębiorstwo państwowe, spółdzielnie, spółka-jaka?, działalność indywidualna, inne/*

13. Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy …………….…………………………..

14. Liczba bezrobotnych odbywających staż w dniu złożenia wniosku …………….…………………………...

***B. DANE DOTYCZĄCE SKIEROWANIA BEZROBOTNYCH***

1. Wnioskowana liczba stażystów\* ……………………………………………………………………

**\*** *U organizatora stażu, 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.*

*\* U organizatora stażu, który nie jest pracodawcą, staż może odbywać jeden bezrobotny.*

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

1. Proponowany okres trwania stażu dla poszczególnych stanowisk:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa zawodu lub specjalności zgodnie z Rozporządzeniem MPiPS w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania/Dz. U. z 2021 r. poz. 2285/**  **W/w wykaz dostępny jest na stronie: www.psz.praca.gov.pl** | **Wymagania dotyczące predyspozycji**  **psychofizycznych i zdrowotnych, poziomu wykształcenia oraz  minimalnych kwalifikacji niezbędnych  do podjęcia stażu na danym stanowisku pracy.** | **Wnioskowany okres trwania**  **stażu**  **w miesiącach**  **(min. 3 mies.)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

3. Miejsce odbywania stażu:

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

4. Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe opiekuna bezrobotnego:

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

**5. Deklaruję chęć zatrudnienia bezrobotnego na podstawie umowy o pracę   
w pełnym wymiarze czasu pracy po odbyciu stażu na okres wskazany w umowie stażowej za wynagrodzeniem nie niższym niż minimalne wynagrodzenie za pracę miesięcznie**

TAK NIE

**Zatrudnienie powinno nastąpić bezpośrednio, nie później niż do 1 miesiąca po zakończeniu stażu.**

6. Nazwisko i imię osoby wyznaczonej do kontaktu z Urzędem Pracy w sprawach dotyczących warunków organizacji stażu, numer telefonu:

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

**Powiatowy Urząd Pracy w Głubczycach informuje, iż przed rozpoczęciem stażu Organizator ma obowiązek skierować bezrobotnego na badania lekarskie lub psychologiczne.   
Koszty wyżej wymienionych badań pokrywa Organizator.**

7. Oświadczenie pracodawcy:

**Uprzedzony o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania wynikające z art. 233 § 1 Kodeksu karnego, który stanowi** *„kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”****,* oświadczam, że:**

* 1. Dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.
  2. Organizator stażu **został / nie został\*)** objęty decyzją Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie wpisu na listę osób i podmiotów, wobec których stosowane są środki, o których mowa w ustawie z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2024 poz. 507).
  3. Zapoznałem/am się z Regulaminem Organizacji Staży i Bonów Stażowych dostępnym na stronie [www.glubczyce.praca.gov.pl](http://www.glubczyce.praca.gov.pl)
  4. **Zobowiązuje się do wykonania i pokrycia kosztów badań lekarskich lub psychologicznych kierowanego bezrobotnego przed rozpoczęciem stażu.**

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

\*) niepotrzebne skreślić

**Załączniki niezbędne do wniosku:**

* program stażu na poszczególne stanowiska pracy,
* kopie dokumentów poświadczających formę prawną Organizatora, zgodnie z wnioskiem dot. organizacji stażu, w przypadku, gdy Urząd nie ma dostępu do dokumentów w formie elektronicznej,
* dokument potwierdzający umocowanie osoby do reprezentowania Organizatora – oryginał lub uwierzytelniony przez notariusza, adwokata, radcę prawnego odpis. Pełnomocnictwo nie jest wymagane, jeżeli osoba umocowana do reprezentowania upoważniona jest z imienia i nazwiska wskazana do reprezentowania Organizatora w dokumencie rejestracyjnym

**Kserokopie dokumentów powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem i opatrzone datą, pieczęcią oraz podpisem Organizatora.**

**Starosta w terminie miesiąca od dnia otrzymania kompletnego wniosku informuje pisemnie o sposobie rozpatrzenia wniosku.**

**Od negatywnego stanowiska PUP nie przysługuje odwołanie.**

**UWAGA!**

**W przypadku pozytywnego zaopiniowania wniosku, podpisanie umowy o odbywanie stażu   
u Organizatora następuje w siedzibie Urzędu Pracy w Głubczycach.**

Głubczyce, dnia ................................................

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

/pieczęć nagłówkowa organizatora/ /pieczęć i podpis organizatora/

Załącznik nr 1 do umowy nr CAZ- …..........-.........../……...

z dnia .....................................

1. **PROGRAM STAŻU**

Nazwa zawodu (zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności).…………………………………………….

Nazwa komórki organizacyjnej i stanowisko ......................................................................................................

|  |
| --- |
| *Zakres zadań zawodowych wykonywanych przez bezrobotnego w okresie stażu, uwzględniające predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne, poziom wykształcenia oraz minimalne kwalifikacje niezbędne do podjęcia stażu na danym stanowisku pracy.* |
| 1. Przeszkolenie bezrobotnego na zasadach przewidzianych dla pracowników w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów przeciwpożarowych oraz zapoznanie go z obowiązującym regulaminem pracy;    2.    3.    4.  5. |
| Godziny pracy od ……………do ……………  *1. Czas pracy bezrobotnego odbywającego staż 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.*  *2. Bezrobotny nie może odbywać stażu w niedziele i święta, w porze nocnej, w systemie pracy zmianowej*  *ani w godzinach nadliczbowych.* |

Strony zgodnie oświadczają, iż realizacja w/w programu stażu umożliwi bezrobotnemu samodzielne wykonywanie pracy na stanowisku: .......................................................................................................   
Po zakończeniu stażu sposobem potwierdzenia kwalifikacji lub umiejętności zawodowych będzie opinia wystawiona przez organizatora. Imię i nazwisko opiekuna sprawującego nadzór nad osobą, która odbywa staż: ...............................................................................................................................

Zmiana programu może nastąpić w formie pisemnej w postaci aneksu do umowy.

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

(pieczęć i podpis organizatora) (podpis Starosty lub osoby upoważnionej)

**Jeżeli organizator ma kandydatów do skierowania na staż**

**proszę o podanie ich danych personalnych w celu weryfikacji.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię kandydata oraz numer PESEL** | **Adres Zamieszkania** | **Data urodzenia** | **Stopień pokrewieństwa kandydata z wnioskodawcą** | **Kandydat w ciągu ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem wniosku był pracownikiem wnioskodawcy lub wykonywał inną pracę zarobkową na jego rzecz** | |
| **TAK** | **NIE** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Czy w przypadku nie spełniania przez wskazanego kandydata kryteriów do skierowania na staż wnioskodawca jest zainteresowany organizacją stażu dla innej osoby bezrobotnej skierowanej przez Powiatowy Urząd Pracy w Głubczycach?** | **TAK** | **NIE** |
|  |  |

……………………………….................

data, pieczęć i podpis organizatora