|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | Powiatowy Urząd Pracy w Olkuszu | | | | | | | | | Nr wniosku:  WnSTAZ/25/ | | |
| Wniosek o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu w 2025 r. (Jeden wniosek odpowiada jednej osobie kierowanej na staż) | | | | | | | | | | | | | | Data wpływu do Urzędu | | |
| **Dane dotyczące organizatora stażu:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma organizacyjna:(odpowiednie zaznaczyć) **🞎** pracodawca - w rozumieniu art. 2 pkt 28 ustawy z dnia 20 marca 2025 roku o rynku pracy i służbach zatrudnienia;  **🞎** przedsiębiorca niezatrudniający pracowników;  **🞎** podmiot ekonomii społecznej, o którym mowa w art. 2 pkt 5 lub jednostka tworząca podmiot ekonomii społecznej, o którym mowa w art. 2 pkt 5 lit. b ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 roku o ekonomii społecznej, **🞎** rolnicza spółdzielnia produkcyjna; **🞎** pełnoletnia osoba fizyczna, nieposiadająca statusu bezrobotnego, zamieszkująca i prowadząca na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej , osobiście i na własny rachunek, działalność w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej, w tym sadowniczej, pszczelarskiej i rybnej, w tym pozostającym w jej posiadaniu gospodarstwie rolnym lub prowadząca dział specjalny produkcji rolnej, o którym mowa w ustawie z dnia 20 grudnia 1990 roku o ubezpieczeniu społecznym rolników. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma prawna:(odpowiednie zaznaczyć) 🞎 osoba fizyczna prowadząca działalność **🞎** spółka z o.o.  **🞎** spółka jawna **🞎** spółka cywilna **🞎** spółka akcyjna 🞎 osoba fizyczna prowadząca gospodarstwo rolne lub dział specjalny produkcji rolnej 🞎 inna:(wpisać jaka) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa / lub imię i nazwisko/: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres siedziby organizatora stażu: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce prowadzenia działalności: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres do korespondencji: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIP: | | REGON: | | | | | | | | | PESEL:  (w przypadku osoby fizycznej nieposiadającej numeru NIP ani REGON – numer PESEL) | | | | | |
| Rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej: | | | | | | | | | | | Data rozpoczęcia działalności: | | | | | |
| Numer telefonu lub e – mail: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wielkość przedsiębiorstwa: (odpowiednie zaznaczyć)  **🞎** jednoosobowa działalność -przedsiębiorca nie zatrudniający pracowników.  **🞎** mikro – przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 2 milionów euro lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 milionów euro. **🞎** małe- przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów euro. **🞎** średnie - przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów euro **🞎** duże - przedsiębiorstwo nie spełniające warunków wymienionych w powyższych punktach. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Osoba upoważniona do kontaktu z PUP** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i Nazwisko | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| e-mail | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Osoba upoważniona do reprezentowania i zawarcia umowy wynikające z aktualnego stanu prawnego KRS/CEIDG | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i Nazwisko | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Stanowisko służbowe | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **Dane dotyczące zatrudnienia** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pamiętaj! Do zatrudnionych zalicza się: osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Liczba osób zatrudnionych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na dzień składania wniosku **(nie wliczamy właściciela)** | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Liczba przewidywanych miejsc odbywania stażu | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Liczba bezrobotnych odbywających staż u organizatora stażu na dzień składania wniosku | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **Dane dotyczące organizacji planowanego stażu** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce odbywania stażu (dokładny adres) | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Proponowany okres odbywania stażu od 3 do 6 miesięcy | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **Proponowany system odbywania stażu** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞎 jednozmianowy | | 🞎 zmianowy | | | | | | | 🞎 niedziele i święta | | | | | | 🞎 pora nocna | |
| Uzasadnienie konieczności odbywania stażu w niedzielę, święta, w porze nocnej, systemie pracy zmianowej: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Sposób rozpatrzenia proponowanego systemu odbywania stażu** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞎 Wyrażam zgodę  🞎 Nie wyrażam zgody | | | | | | | | Podpis Dyrektora PUP lub osoby upoważnionej | | | | | | | | |
| 🞎 praca zdalna – do wniosku należy przedłożyć regulamin lub inny dokument określający zasady pracy  zdalnej obowiązujący u organizatora stażu | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Sposób rozpatrzenia stażu odbywanego w ramach pracy zdalnej** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞎 Wyrażam zgodę  🞎 Nie wyrażam zgody 🞎 Nie dotyczy | | | | | | | | Podpis Dyrektora PUP lub osoby upoważnionej | | | | | | | | |
| **Proponowany wymiar czasu wykonywania zadań podczas stażu wynikający z charakteru pracy w danym zawodzie.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞎 podstawowy (8 godzin na dobę i 40 godzin w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy a w przypadku bezrobotnego będącego osobą niepełnosprawną zaliczoną do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności nie może przekraczać 7 godzin na dobę i 35 godzin w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy);  🞎 równoważny (przedłużenie dobowego wymiaru czasu pracy, nie więcej jednak niż do 12 godzin, w okresie  rozliczeniowym nie przekraczającym 1 miesiąc jeśli jest to uzasadnione rodzajem pracy lub jej  organizacją, np. podmioty lecznicze | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ilość godziny pracy przewidzianych dla stażysty:  h/dobę w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy. | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Zobowiązuję się do zatrudnienia osoby bezrobotnej po zakończeniu stażu:  🞎 Tak  🞎 Nie | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Okres zatrudnienia (podać miesiące/lata, nie krótszy niż 90 dni): | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Rodzaj umowy: | 🞎 o pracę w wymiarze czasu pracy 🞎 pełny etat 🞎 pół etatu | | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞎 umowa zlecenie | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Przebieg dotychczasowej współpracy z PUP Olkusz w kwestii organizacji stażu w 2024 r.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nr umowy: | | | | Ilość osób: | | | | | | | | Zatrudnienie po stażu: | | | | |
| Podanie powodu niezatrudnienia osoby po stażu w 2024 r. : | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa Organizatora stażu u którego będzie organizowany staż | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Nazwa stanowiska pracy (zakres zadań określa program stażu) | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Nazwa zawodu zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności: | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **Imię i nazwisko opiekuna bezrobotnego**  (opiekun bezrobotnego odbywającego staż może jednocześnie sprawować opiekę nad **nie więcej** niż 3 osobami bezrobotnymi odbywającymi staż). | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Stanowisko opiekuna bezrobotnego | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Wymagania dotyczące predyspozycji psychofizycznych i zdrowotnych, poziomu wykształcenia oraz minimalnych kwalifikacji niezbędnych do podjęcia stażu przez bezrobotnego na stanowisku pracy: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ewentualne wskazanie imienia i nazwiska oraz PESEL bezrobotnego(ych), którego(ych) Organizator stażu przyjmie na staż.** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i Nazwisko: | | | | | | | | PESEL: | | | | | | | | |
| **Kandydat(ka) do odbycia stażu w okresie ostatnich 24 miesięcy (wypełnić w przypadku wskazania kandydata**) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Odbył(a) staż u Organizatora | | | | | | | | 🞎 Tak 🞎 Nie | | | | | | | | |
| Był(a) zatrudniony(a) u Organizatora stażu jako pracownik młodociany u organizatora stażu (jeżeli tak podać okresy zatrudnienia) | | | | | | | | 🞎 Tak 🞎 Nie | | | | | | | | |
| Wykonywał(a)inną pracę zarobkową u Organizatora stażu (jeżeli tak podać okresy zatrudnienia) | | | | | | | | 🞎 Tak 🞎 Nie | | | | | | | | |
| Staż jest realizowany pod nadzorem wyznaczonej przez organizatora stażu osoby, która odpowiada za prawidłową realizację stażu i za opiekę nad osobą odbywającą staż.  Bezrobotny stażysta niebędący pracownikiem nie ponosi odpowiedzialności materialnej, czynności ujęte w opisie zadań będzie wykonywał w formie nauki. Zadaniem opiekuna stażysty jest udzielanie bezrobotnemu m.in. wskazówek i pomocy w wypełnianiu powierzonych zadań oraz poświadczeniu własnym podpisem prawdziwości informacji zawartych w sprawozdaniu bezrobotnego z przebiegu stażu. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| W przypadku niezakwalifikowania się wskazanego kandydata Organizator wyraża zgodę na skierowanie innego kandydata wskazanego przez Urząd:  🞎 Wyrażam zgodę  🞎 Nie wyrażam zgody | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Oświadczenie Wnioskodawcy:**1.Oświadczam, że przed powierzeniem bezrobotnemu wykonywania zadań przewidzianych programem stażu, po pozytywnym rozpatrzeniu niniejszego wniosku i dokonaniu wyboru kandydata na staż, skieruję go na własny koszt na wstępne badania lekarskie, na zasadach przewidzianych dla pracowników określonych w przepisach wydanych na podstawie   
art. 229§ 8 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 roku- Kodeks pracy.

2. Nie toczy się w stosunku do jednostki, którą reprezentuję postępowanie upadłościowe  
i nie został zgłoszony wniosek o jej likwidację.

3. W okresie 365 dni prze dniem złożenia wniosku nie zostałem skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych i nie jestem objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.  
**4. Na dzień złożenia wniosku nie posiadam zaległości w ZUS, KRUS ani w Urzędzie Skarbowym.**

**Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

|  |  |
| --- | --- |
| Miejscowość i data | Podpis Organizatora  lub osoby upoważnionej do jego reprezentowania |

**Pamiętaj! Wnioski wypełnione nieczytelnie, podpisane przez nieupoważnioną osobę, nie zawierające pełnej informacji o stażu bądź nie zawierające programu stażu bądź bez kompletu załączników będą pozostawione bez rozpoznania.**

**Do wniosku należy dołączyć:**

1. Program stażu zawierający zakres i opis zadań jakie będą wykonywane podczas jego odbywania (w przypadku kilku stanowisk pracy należy sporządzić odrębny program stażu dla każdego stanowiska).
2. Kserokopię umowy spółki w przypadku Spółki Cywilnej.
3. Kserokopię dokumentu potwierdzającego prowadzenie działalności we wskazanym miejscu odbywania stażu (dotyczy przypadku, kiedy miejsce odbywania stażu nie widnieje   
   w dokumencie CEIDG/KRS lub innym dokumencie potwierdzającym prowadzenie działalności gospodarczej).
4. Pełnomocnictwo do reprezentowania Organizatora. Pełnomocnictwo nie jest wymagane, jeżeli osoba podpisująca wniosek i umowę jest upoważniona z imienia i nazwiska do reprezentowania Organizatora w odnośnym dokumencie rejestracyjnym.
5. W przypadku wniosku składanego przez rolnicza spółdzielnię produkcyjną lub pełnoletnią osobę fizyczną zamieszkującą i prowadząca na terytorium RP, osobiście i na własny rachunek, działalność w zakresie produkcji rolnej lub zwierzęcej, w tym ogrodniczej, sadowniczej, pszczelarskiej i rybnej, w pozostającym w jej posiadaniu gospodarstwie rolnym obejmującym obszar użytków rolnych o powierzchni przekraczającej 2 ha przeliczeniowe lub prowadzącą dział specjalny produkcji rolnej, o której mowa w ustawie o ubezpieczeniu społecznym rolników do wniosku należy dołączyć zaświadczenie wydane przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu rolników.

**Pouczenie:**

1. O uwzględnieniu lub odmowie uwzględnienia wniosku Powiatowy Urząd Pracy powiadomi wnioskodawcę w formie pisemnej w terminie miesiąca od dnia złożenia kompletnego wniosku.
2. Na pozytywne rozpatrzenie wniosku decydujący wpływ mają: wysokość posiadanych przez Powiatowy Urząd Pracy środków finansowych, zaproponowane przez Organizatora warunki pracy i przedstawiony program stażu, uzyskane przez bezrobotnego kwalifikacje i umiejętności zawodowe podczas odbywania stażu oraz możliwość zatrudnienia po zakończeniu stażu.
3. U Organizatora stażu, będącego pracodawcą, staż mogą odbywać bezrobotni w liczbie nieprzekraczającej liczby pracowników zatrudnionych u tego organizatora w dniu składania wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy.
4. U Organizatora stażu, który nie jest pracodawcą albo w dniu składania wniosku zatrudnia pracownika lub pracowników w łącznym wymiarze nieprzekraczającym jednego etatu, staż może odbywać jeden bezrobotny.  
   Czas realizacji programu stażu przez bezrobotnego odbywającego staż nie może przekraczać 8 godzin na dobę i przeciętnie 40 godzin w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy, w przyjętym okresie rozliczeniowym nieprzekraczającym 3 miesięcy. Czas realizacji programu stażu bezrobotnego będącego osobą niepełnosprawną zaliczoną do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności nie może przekraczać 7 godzin na dobę i 35 godzin w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy, w przyjętym okresie rozliczeniowym nieprzekraczającym 3 miesięcy.
5. PUP zastrzega, że w sytuacji gdy Organizator nie dokona wyboru kandydata w ciągu 30 dni od rozpoczęcia realizacji zgłoszenia wolnego miejsca odbywania stażu Urząd nie przystąpi do zawarcia umowy o zorganizowanie stażu.

|  |  |
| --- | --- |
| **Sposób rozpatrzenia wniosku - Wypełnia Powiatowy Urząd Pracy** | |
| 🞎 akceptuję do realizacji  🞎 opiniuję negatywnie | Podpis Dyrektora PUP lub osoby upoważnionej |

**Program stażu (Załącznik nr 1)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Organizator stażu** |  | |
| 1.Nazwa zawodu stażysty zgonie z klasyfikacją zawodów i specjalności (www.psz.praca.gov.pl) |  | |
| 2.Stanowisko pracy stażysty |  | |
| **3.Dane opiekuna bezrobotnego objętego stażem** | | |
| Imię i Nazwisko |  | |
| Stanowisko |  | |
| **4.Zakres zadań zawodowych wykonywanych przez bezrobotnego** (proszę o czytelne uzupełnianie **PROGRAMU STAŻOWEGO** zgodnie z [klasyfikacją zawodów  i specjalności](https://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/wyszukiwarka-opisow-zawodow)): | | |
| **5.Rodzaj uzyskanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych**  Praktyczna nauka zawodu | | |
| **6.Sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych**  Opinia pracodawcy wydana na piśmie. | | |
| Pamiętaj! Zmiana programu może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej w postaci aneksu  do zawartej umowy. | | |
| Podpis Organizatora | | Podpis Dyrektora PUP lub osoby upoważnionej |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Oświadczenie Organizatora**  **o braku podstaw wykluczenia z otrzymania wsparcia ze środków publicznych unijnych i krajowych, wynikającego z nałożenia sankcji na podmioty i osoby, które w bezpośredni lub pośredni sposób wspierają działania wojenne Federacji Rosyjskiej lub są za nie odpowiedzialne** |

Oznaczenie Organizatora

|  |
| --- |
| Jako Organizatora ubiegającego się o **zorganizowanie stażu**  oświadczam/oświadczamy, iż nie jestem/nie jesteśmy związany/związani z osobami lub podmiotami, względem których nałożono sankcje wynikające ze wparcia agresji na Ukrainę i które figurują na stosownych listach, zarówno unijnych, jak i krajowych oraz sam/sami nie znajdujemy się na takich listach. |

|  |
| --- |
| Data i podpis Organizatora lub osoby upoważnionej |

|  |  |
| --- | --- |
| **Wypełnia Powiatowy Urząd Pracy** | |
| **Informacja doradcy do spraw zatrudnienia o osobie wskazanej przez pracodawcę do odbycia stażu** | |
| Imię i Nazwisko osoby bezrobotnej / poszukującej pracy |  |
| Data urodzenia |  |
| Osoba bezrobotna / poszukująca pracy | 🞎 spełnia warunki skierowania |
| 🞎 nie spełnia warunków skierowania (podać powód): |
| Osoba ze szczególnymi potrzebami | 🞎 Tak  🞎 Nie |
| Data i podpis doradcy do spraw zatrudnienia |  |
| 🞎 Spełnia warunki skierowania  🞎 Nie spełnia warunków skierowania | Data i podpis Kierownika Działu PP i C |