Braniewo, dnia.......................

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

*pieczątka organizatora*

Starosta Braniewski za pośrednictwem

**Powiatowego Urzędu Pracy w Braniewie**

|  |
| --- |
| **WNIOSEK**  **O ZAWARCIE UMOWY O ZORGANIZOWANIE STAŻU DLA BEZROBOTNYCH** |

**Na zasadach projektu pilotażowego o którym mowa w art. 9 ust. 1 pkt 24 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U.  z 2021 r. poz. 1100, z późn. zm.)** wnioskuję o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu dla osoby bezrobotnej zarejestrowanej w PUP w Braniewie:

I

Nazwa firmy lub imię i nazwisko i adres siedziby .................................................................................

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

Telefon:………………………………… fax …………………………….………mail………………………………………………………..

Forma prawna ......................................................................................................................................

Rodzaj prowadzonej działalności ..........................................................................................................

Data rozpoczęcia działalności ...............................................................................................................

NIP...................................... REGON.............................................

Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania organizatora ...............................................

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

Imię i nazwisko osoby do kontaktu…………………………………… Tel.:………….……………………..….

II

Liczba przewidywanych miejsc pracy, na których bezrobotni będą odbywać staż …………..…….…

w proponowanym okresie od dnia.................................. do dnia....................................

*(czas realizacji stażu 12 miesięcy)*

Dane dotyczące kandydata do odbycia stażu *(podać w przypadku gdy organizator stażu posiada kandydata):*

1.Imię i nazwisko:…………...………………………………………………………………

Adres:………………………..………………………………………………………………….

Data urodzenia ……………………………………………………………….………..…..

*(Bezrobotny nie może odbywać ponownie stażu u tego samego organizatora na tym samym stanowisku pracy, na którym wcześniej odbywał staż)*

**Opis zadań, jakie będą wykonywane podczas stażu przez bezrobotnego:**

Nazwa zawodu lub specjalności …………………………………………………………………………………….…………………..

*(zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy)*

Nazwa komórki organizacyjnej …………………………………………………………………………i stanowiska pracy na które planuje się przyjąć bezrobotnych ..................................................................................................

Zakres zadań zawodowych…………………………………………………………………………………..…………………………….

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

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

Wymagania dotyczące predyspozycji psychofizycznych i zdrowotnych………………………..…………….........

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

Wymagania kwalifikacyjne kierowanych bezrobotnych*( minimalne kwalifikacje niezbędne na stanowisku)*:

a/ poziom wykształcenia .................................................................................................................

b/ dodatkowe umiejętności ….........................................................................................................

Miejsce odbywania stażu………………………………………………………………………………….……………………………..

Godziny stażu od.................................................................... do ..........................................................

Zmianowość /ilość zmian, godziny pracy/...........................................................................................

*(Czas pracy nie może przekraczać 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo, a bezrobotny będący osobą niepełnosprawną zaliczoną do znaczonego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności - 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo)*

Opiekun bezrobotnego odbywającego staż::

1. imię i nazwisko...................................................................................................................
2. zajmowane stanowisko......................................................................................................
3. telefon.:…………………………………………………………………………………………………………………………

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

**Z uwagi na charakter wykonywanej pracy wnioskuję o wyrażenie zgody na pracę TAK / NIE :**

a) w porze nocnej b) w niedziele i święta c) w systemie zmianowym. *(właściwe podkreślić)*

**……………………………………………………………………………………………………………………………..…………………**

*(adnotacja i podpis dyrektora PUP)*

III

**Deklaracja organizatora stażu:**

Z uwagi, iż staż jest realizowany w ramach projektu, który zakłada wskaźniki efektywności zatrudnieniowej, organizator bezpośrednio po zakończeniu stażu zatrudni osobę bezrobotną odbywającą staż na pełny etat na okres co najmniej 6 miesięcy, przy czym uzyska premię w wysokości 500,00 zł/ miesięcznie, przez 6- cio miesięczny okres zatrudnienia po stażu.

Deklaracja zatrudnienia na dalszy okres po zakończeniu realizacji umowy o organizację stażu (właściwe zaznaczyć):

🞎 Tak - na okres minimum 6 miesiąca / inne ………………………….……

Liczba bezrobotnych aktualnie odbywających staż: ……………………………………….

Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy wynosi:…………..……………….. osób.

*(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 jednocześnie jeden bezrobotny.)*

IV

Jednocześnie oświadczam, że:

* **nie zostałem(am) / zostałem(am)\*** w okresie 365 dni przed złożeniem wniosku ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo **nie jestem / jestem\*** objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy;
* w stosunku do jednostki, którą reprezentuję nie toczy się postępowanie upadłościowe  
   i nie został zgłoszony wniosek o likwidację;
* organizacja w moim zakładzie stażu dla skierowanego bezrobotnego, nie będzie przyczyną zwolnień pracowników obecnie zatrudnionych w zakładzie;
* na bieżąco reguluję zobowiązania wobec ZUS i US (lub KRUS).

*\* Niepotrzebne skreślić*

Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym wniosku oraz załącznikach są prawdziwe.

Inne uwagi i uzupełnienia do wniosku:

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

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

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

*podpis organizatora*

|  |
| --- |
| 1. *Sprawdzono pod względem formalnym wniosek i załączniki ……………………………………..…*   *(data i podpis pracownika PUP )*   1. *Sprawdzono pod względem merytorycznym wniosek i załączniki …………………………….…*   *(data i podpis pracownika PUP)* |

## Załączniki do wniosku-kserokopie dokumentów z potwierdzeniem zgodności z oryginałem

1. Dokument potwierdzający formę prawną firmy /wyciąg z rejestru sądowego, wpis do ewidencji działalności gospodarczej lub inne /
2. Program stażu wg załączonego wzoru ( część składową stanowi harmonogram praktycznego wykonywania przez bezrobotnego na stanowisku pracy lub zawodzie czynności i zadań, które umożliwiają mu samodzielne wykonywanie pracy po zakończeniu stażu).
3. Klauzula informacyjna w związku z przetwarzaniem danych osobowych dla przedsiębiorcy /pracodawcy będącego osobą fizyczną (załącznik nr 2).

ZAŁĄCZNIK NR 1

**Program stażu**

(PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE)

do umowy z dnia .................................... sporządzony w dniu .......................................... przez:

Pracodawcę .................................................................................................................................. reprezentowanego przez:..............................................................................................................

1. Nazwa zawodu lub specjalności, której program dotyczy: ................................................
2. Sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych – **opinia pracodawcy o zadaniach realizowanych przez bezrobotnego oraz umiejętnościach praktycznych nabytych w trakcie stażu**
3. Harmonogram zadań wykonywanych przez bezrobotnego w trakcie stażu

|  |  |
| --- | --- |
| Etapy realizacji zadań | Zakres zadań wykonywanych przez bezrobotnego, w tym  rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych. |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. Opiekunem osoby /-ób/ objętych programem będzie ...........................................................

Strony zgodnie oświadczają, iż realizacja w/w programu stażu umożliwi bezrobotnemu samodzielne wykonywanie pracy na danym stanowisku lub w zawodzie, po ukończeniu stażu. Zmiana programu może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej w postaci aneksu do umowy.

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

*podpis i pieczątka Pracodawcy podpis Dyrektora PUP*

……………………………….

*czytelny podpis opiekuna stażu*

**ZAŁĄCZNIK NR 2**

**KLAUZULA INFORMACYJNA W ZWIĄZKU Z PRZETWARZANIEM DANYCH OSOBOWYCH**

**dla przedsiębiorcy /pracodawcy będącego osobą fizyczną**

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 (Dz. Urz. UE L 119 z dn. 04.05.2016 r.) informuję, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Braniewie,  
   ul. Kościuszki 118, 14-500 Braniewo, tel. 55 644 32 22, faks 55 644 32 24,  
   e-mail: olbr@praca.gov.pl lub sekretariat@pupbraniewo.pl
2. Kontakt do inspektora ochrony danych – iod@pupbraniewo.pl
3. Dane są przetwarzane przez Powiatowy Urząd Pracy w Braniewie wyłącznie dla celów wynikających z przepisów prawa.
4. Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
5. Dane osobowe będą przechowywane zgodnie z okresem wskazanym w przepisach prawa.
6. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do cofnięcia zgody, jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody.
7. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa.

*Zapoznałem/łam się z ww. informacją: …………………………………………………………………*

*data i czytelny podpis*