



Nr ewidencyjny wniosku**

OfPr...../.....

WnStaz...../.....

UmStaz...../.....

STAROSTA SUWAŃSKI

W N I O S E K

o zorganizowanie stażu osobom bezrobotnym zarejestrowanym w PUP w Suwałkach
w ramach projektu

Aktywizacja osób od 30 roku życia pozostających bez pracy w powiecie suwalskim i mieście Suwałki (VI)

Na staże zawodowe w ramach projektu kierowane będą tylko osoby spełniające co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

- osoby „długotrwale” bezrobotne (tj. osoby pozostające bez zatrudnienia nieprzerwanie ponad 12 miesięcy).
- osoby bezrobotne w wieku powyżej 50 roku życia;
- osoby bezrobotne niepełnosprawne;

1) Dane organizatora:

- nazwa firmy lub imię i nazwisko
- adres siedziby.....
- miejsce prowadzenia działalności
- telefon fax e-mail
- forma prawna
- rodzaj działalności
- data rozpoczęcia działalności
- liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy.....
w tym zatrudnionych: na czas określony
na czas nieokreślony
- liczba osób odbywających staż na dzień złożenia wniosku.....
- NIP.....REGON.....PKD 2007.....
- imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania organizatora:.....

2) Dane opiekuna osoby(ób) bezrobotnej(ych) objętej(ych) programem stażu:

Lp.	Imię i nazwisko opiekuna	Stanowisko	Wykształcenie
1			
2			
3			

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

3) Wnioskowany okres odbywania stażu:

..... tj. od dnia.....do dnia.....**liczba osób**.....
(min. 3 m-ce)

4) Miejsce odbywania stażu (adres).....

5) Opis (zakres) zadań, jakie będą wykonywane podczas stażu przez osobę(y) bezrobotną(e):

.....
.....

- a) nazwa i kod zawodu lub specjalność.....
zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności - Rozporządzenie MPiPS z 07.08.2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania.
- b) nazwa komórki organizacyjnej i stanowiska pracy.....

6) Wymagania dotyczące osoby (ób) bezrobotnej (ych):

- a) predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne
- b) poziom wykształcenia
- c) minimalne kwalifikacje niezbędne do podjęcia stażu
- d) czy istnieje potrzeba skierowania osoby (ób) bezrobotnej(ych) na:
 - badania lekarskie mające na celu stwierdzenie zdolność do wykonywania stażu **TAK/NIE***
 - badania sanitarno – epidemiologiczne **TAK/NIE***
 - inne (**jakie**).....

7) Czynności wykonywane przez osobę (y) bezrobotną(ne) w trakcie odbywania stażu będą:

- a) w godzinach od.....do.....
- b) w porze nocnej –**TAK/NIE***
- c) w systemie pracy zmianowej –**TAK/NIE***
- d) w niedziele i święta –**TAK/NIE***
- e) szkodliwe lub uciążliwe dla zdrowia –**TAK/NIE***

8) Czy zakład pracy jest w stanie likwidacji lub upadłości? – TAK/NIE*

9) Po upływie okresu stażu zobowiązuję się:

* do zatrudnienia osoby(ób) bezrobotnej(ych) na **umowę o pracę** na okres co najmniej 1 miesiąca w pełnym wymiarze czasu pracy

10) Osoby bezrobotne proponowane do odbycia stażu:

Lp.	Imię i nazwisko	PESEL	telefon	wnioskowane stanowisko
1				
2				
3				
4				

11) Zalegam/nie zalegam* w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.

Znane są mi przepisy Ustawy z dnia 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz Rozporządzenia MPiPS z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych.

* - właściwe zaznaczyć
** - wypełnia PUP

Załączniki

Program stażu – precyzujący zakres zadań zawodowych do wykonania przez bezrobotnego i nabywane przez niego umiejętności (**Załącznik nr 1**);

Pouczenie

Urząd wyznaczy Wnioskodawcy co najmniej 7 – dniowy termin na uzupełnienie wniosku w przypadku, gdy wniosek zostanie wypełniony nieczytelnie lub nie zawiera pełnych, wymaganych informacji bądź kompletu załączników. Wnioski nieuzupełnione we wskazanym terminie pozostawia się bez rozpatrzenia.

Wiarygodność informacji podanych we wniosku i w załączonych do niego dokumentach potwierdzam(my) własnoręcznym podpisem. Świadomy(mi) odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego oświadczam(my), że informacje zawarte we Wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....
(miejscowość, data)

.....
(Główny Księgowy, inna osoba
Prowadząca dokumentację księgową)
Pieczętka i podpis

.....
(pieczętka i podpis Wnioskodawcy
lub osoby upoważnionej do
reprezentowania Wnioskodawcy



ZAŁĄCZNIK NR 1

do Wniosku WnStaz/...../..... z dnia**

do Umowy UmStaz/...../..... z dnia**

PROGRAM STAŻU

sporządzony w dniu przez:

Organizatora stażu.....

reprezentowanym przez

zatwierdzony przez Powiatowy Urząd Pracy w Suwałkach

Harmonogram praktycznego wykonywania przez osobę(y) bezrobotną(e) czynności lub zadań w **zawodzie (specjalności):**

Okres stażu/etapy	Zakres wykonywanych zadań zawodowych
I etap	1. Szkolenie bhp i ppoż. 2. Zapoznanie z całokształtem funkcjonowania przedsiębiorstwa/instytucji.
II etap
III etap

Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:

Oświadczam, iż realizacja w/w programu, umożliwi bezrobotnemu po zakończeniu stażu samodzielne wykonywanie pracy na danym stanowisku lub w zawodzie, co zostanie potwierdzone w sprawozdaniu sporządzonym przez bezrobotnego i opinii przygotowanej przez Pracodawcę.

Zmiana programu może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej w postaci aneksu do Umowy.

Oświadczam, że nie sprawuję i nie będę sprawować opieki nad więcej niż 3 osobami bezrobotnymi odbywającymi staż.

.....
(podpis opiekuna osoby (ób) objętej (ych) programem stażu)

.....
(STAROSTA)

.....
(Organizator stażu)
pieczętka i podpis