# ………………………………….

# ……………………..………… Miejscowość , data

# Pieczątka organizatora stażu

**Powiatowy Urząd Pracy**

**ul. Szosa Rypińska 26**

**87-400 Golub-Dobrzyń**

**W N I O S E K**

**o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu**

Podstawa prawna: art. 114 ust. 6 ustawy z dnia 20 marca 2005 roku o rynku pracy i służbach zatrudnienia,

#### Uwaga

**W PRZYPADKU POZYTYWNEGO ROZPATRZENIA WNIOSKU** warunkiem zawarcia umowy jest niezwłoczne

skierowanie osoby bezrobotnej przez pracodawcę i na koszt pracodawcy do medycyny pracy celem stwierdzenia

zdolności do odbycia stażu przez bezrobotnego na wskazanym we wniosku stanowisku i dostarczeniu kopii badań do

urzędu pracy.

* 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.
* 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.
* Bezrobotny nie może odbywać stażu u tego samego organizatora, u którego wcześniej odbywał staż, był zatrudniony, w tym młodociany pracownik w celu przygotowania zawodowego lub wykonywał inną pracę zarobkową, jeżeli od dnia zakończenia poprzedniego stażu, zatrudnienia lub wykonywania innej pracy zarobkowej u tego organizatora nie upłynęło co najmniej 24 miesiące.
* Czas realizacji programu stażu przez bezrobotnego odbywającego staż nie może przekroczyć 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.
* Bezrobotny nie może odbywać stażu w niedziele i święta, w porze nocnej, w systemie pracy zmianowej ani w godzinach nadliczbowych.
* Urząd może wyrazić zgodę na realizację stażu w niedzielę i święta, w porze nocnej lub w systemie pracy zmianowej, o ile charakter pracy w danym zawodzie wymaga takiego rozkładu czasu pracy.

# Część A. Wypełnia Organizator stażu

## Dane dotyczące Organizatora stażu:

* 1. **Forma organizacyjna:** *(odpowiednie zaznaczyć)*
* Pracodawca – w rozumieniu art. 2 pkt 28 ustawy o rynku pracy i służbach zatrudnienia oznacza to jednostkę organizacyjną, chociażby nie posiadała osobowości prawnej, a także osobę fizyczną, jeżeli zatrudniają one co najmniej jednego pracownika,
* Przedsiębiorca – w rozumieniu art. 4 ust 1 lub 2 ustawy z dnia 6 marca 2018 roku – Prawo przedsiębiorców -

niezatrudniający pracowników.

* Podmiot ekonomii społecznej, o którym mowa w art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 roku o ekonomii społecznej, lub jednostka tworząca podmiot ekonomii społecznej, o którym mowa w art.2 pkt 5 lit. b lub c tej ustawy,
* Rolnicza spółdzielnia produkcyjna,
* Pełnoletnia osoba fizyczna, nieposiadająca statusu bezrobotnego, zamieszkująca i prowadząca na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, osobiście i na własny rachunek, działalność w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej, w tym ogrodniczej, sadowniczej, pszczelarskiej i rybnej, w 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.
  1. Forma prawna: *(odpowiednie zaznaczyć)*
* osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą  spółka z o.o.  spółka jawna  spółka cywilna
* spółka akcyjna  osoba fizyczna prowadząca gospodarstwo rolne lub dział specjalny produkcji rolnej
* inna *(wpisać jaka)* ………………………………………………………………………………………………………………………..
  1. Pełna nazwa Organizatora stażu:

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

* 1. Adres siedziby Organizatora stażu:

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

* 1. Adres prowadzenia działalności:

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

* 1. Adres korespondencyjny Organizatora stażu:

………………………………………………………………………………………………………..………………………………………..… 7. Telefon kontaktowy .........................................................., adres e-mail ……………………………………………….…………… 8. Inne dane kontaktowe (w tym adres do doręczeń elektronicznych) ........................................................................................... 9. NIP ...................................................................................., REGON .......................................................................................

1. Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym, innym rejestrze lub ewidencji: ………………………………......................................
2. Nr PKD (przeważający), jeśli dotyczy ……........................., data rozpoczęcia prowadzenia działalności: ..............................
3. Dane osób upoważnionych do reprezentowania Organizatora stażu: (imię, nazwisko oraz PESEL)

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

1. Osoba upoważniona do kontaktu z PUP: (imię i nazwisko, stanowisko, nr telefonu)

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

1. Liczba osób zatrudnionych i odbywających staż u Organizatora stażu na dzień złożenia wniosku**:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy:**  (Zatrudnienie - oznacza wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego lub umowy o pracę nakładczą) |  |
| **Ogółem liczba osób odbywających staż:**  (Dotyczy osób odbywających staż na podstawie umów zawartych ze wszystkimi urzędami pracy) |  |

## Dane dotyczące organizacji stażu:

1. Nazwa stanowiska/ zawodu ………………………………………………………………………………………………………………

(*zgodnie z obowiązującą klasyfikacją zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy dostępną na stronie internetowej (http://psz.praca.gov.pl)*

1. Wymagania dotyczące predyspozycji psychofizycznych i zdrowotnych, poziomu wykształcenia oraz minimalnych kwalifikacji niezbędnych do podjęcia stażu na wskazanym stanowisku pracy:
2. poziom wykształcenia oraz minimalne kwalifikacje ……………………..…………………………………………………………..…

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

1. predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne ……………………………………………………………………………………………..
2. Jako kandydata do odbycia stażu wskazuję:

Imię i nazwisko kandydata: ………………………………………………………………………………………………………………...…

adres zamieszkania: …………….……………………………………………………………………………………………………………..

1. Czy Organizator stażu, w przypadku braku możliwości skierowania wskazanego kandydata wyraża zgodę na skierowanie do odbycia stażu innej osoby bezrobotnej? *(odpowiednie zaznaczyć)*

* **TAK**
* **NIE**

Uwaga! W przypadku braku wskazania kandydata lub braku możliwości skierowania do odbycia stażu wskazanego kandydata, urząd w szczególności będzie starał się kierować do odbycia stażu kandydatów spośród osób bezrobotnych zarejestrowanych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Golubiu-Dobrzyniu spełniających wymagania określone w pkt. 2, z zastrzeżeniem art. 69 ustawy zgodnie z którym pierwszeństwo w skierowaniu do udziału w formach pomocy przysługuje:

* bezrobotnym posiadającym Kartę Dużej Rodziny;
* bezrobotnym powyżej 50. roku życia;
* bezrobotnym bez kwalifikacji;
* bezrobotnym niepełnosprawnym;
* długotrwale bezrobotnym;
* bezrobotnym będącym osobami do 30 roku życia;
* bezrobotnym samotnie wychowującym co najmniej jedno dziecko.

1. Proponowany okres odbywania stażu (od 3 do 6 miesięcy): od ….……………………..….. do …………..………..………………
2. Miejsce odbywania stażu:

a) nazwa: ………………...………………..……............................................................................................................................

b) adres: …………………………………………………………………………………….………………………………………………

c) praca w terenie (tak/nie): …………………………………..…………………………………………………………………………..

d) dni i godziny odbywania stażu

1. Po zakończeniu stażu zobowiązuję się:
   1. zatrudnić osobę na umowę o pracę na czas nieokreślony, wymiar czasu pracy ………………………………….…………….
   2. zatrudnić osobę na umowę o pracę na czas określony od ………….…… do ..…………..…, wymiar czasu pracy: …...........
   3. powierzyć inną pracę zarobkową (proszę wymienić rodzaj umowy, np. umowa zlecenie) ,

na okres od .................................................................... do ,

na stanowisku: ………………………………………………, miejsce wykonywania pracy ……………..…………………..………

praca w terenie (tak/nie): …………………………………, praca zmianowa, jeśli tak - proszę określić godziny pracy:

……………………………………………………….. praca w dni wolne (tak/nie) ,

proponowane wynagrodzenie: ……………………………………………………………………………………………………………

Ja niżej podpisany/a....…………………………………………………………………... ........................................…….......…………..

(imię i nazwisko) (PESEL)

reprezentując ……………………………………………………………………………........................................................……..............

(nazwa i adres Organizatora stażu)

jako Organizator stażu/osoba posiadająca upoważnienie Organizatora stażu do składania oświadczeń woli w imieniu Organizatora stażu\* oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji pod względem ich zgodności z prawdą. Zapoznałem(am) się z *Klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych.*

*Oświadczam, że w okresie ostatnich 2 lat nie byłem prawomocnie skazany za przestępstwo składania fałszywych zeznań lub oświadczeń, przestępstwo wiarygodności dokumentów lub przeciwko obrotowi gospodarczemu i interesom majątkowym w obrocie cywilnoprawnym, przestępstwo przeciwko osób wykonujących pracę zarobkową, na podstawie ustawy z dnia   
6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2025 r., poz. 383), przestępstwo skarbowe na podstawie ustaw z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy (Dz. U. z 2024 r., poz. 628, z późn. zm.) lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego****.***

***Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.***

**\* niepotrzebne skreślić**

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

(data, podpis i pieczęć Organizatora stażu lub osoby upoważnionej)

*Wnioski złożone bez kompletu załączników, bądź zawierające braki formalne będą rozpatrywane po ich uzupełnieniu.*

#### Załączniki:

* 1. Program stażu - na formularzu stanowiącym załącznik nr 1.
  2. Oświadczenie Organizatora stażu - załącznik nr 2.

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

(pieczątka firmowa Organizatora stażu)

## PROGRAM STAŻU

Załącznik nr 1

1. Staż realizowany będzie w zawodzie lub w specjalności: …………………………………………………………………………………

(*zgodnie z obowiązującą klasyfikacją zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy dostępną na stronie internetowej* [*http://psz.praca.gov.pl)*](http://psz.praca.gov.pl/)

1. Stanowisko pracy, na którym bezrobotny będzie odbywał staż: ………………………………….……………………………………..

3. Okres realizacji stażu: od ..................................................................... do …..………………...........................................................

1. Bezrobotny wykonywać będzie czynności lub zadania w wymiarze czasu obowiązującym pracownika zatrudnionego na danym stanowisku pracy, w godzinach od ……………....................... do …................................. w dniach …....................……………….
2. Czy Organizator wnioskuje o pracę w niedzielę i święta TAK / NIE ..uzasadnienie …………………………………………………..

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

1. Opiekun (opiekunowie) osoby odbywającej staż:

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

* + imię i nazwisko ……………......................................................................stanowisko:................................................................
  + imię i nazwisko ……………......................................................................stanowisko:................................................................

1. Zakres wiedzy lub umiejętności zawodowych przewidzianych do opanowania przez bezrobotnego w trakcie realizacji stażu:

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

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

1. Sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych: *opinia zawierająca informację o zadaniach realizowanych przez bezrobotnego oraz kwalifikacjach lub umiejętnościach zawodowych pozyskanych w trakcie odbywania stażu.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres zadań wykonywanych przez bezrobotnego w trakcie odbywania stażu** |
| 1. | *Przeszkolenie z zakresu przepisów BHP i przeciwpożarowych.* |
| 2. | *Zapoznanie z organizacją pracy, obowiązującymi regulaminami.* |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

### ..................................................................................

(data, podpis i pieczątka Organizatora stażu lub osoby upoważnionej)

Załącznik nr 2

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

(pieczątka firmowa Organizatora stażu) (miejscowość, data)

## Oświadczenie Organizatora stażu

Ja, niżej podpisany/a....………………………………………………….....….…………..….PESEL..............................................................……………

(imię i nazwisko)

reprezentując ……………………………………………………………………..……………..............................................……………………………….

(nazwa i adres Organizatora stażu)

jako Organizator stażu/osoba posiadająca upoważnienie Organizatora stażu do składania oświadczeń woli w imieniu Organizatora

stażu**\*** oświadczam, że:

1. W okresie ostatnich 365 dni ww. Organizator stażu został / nie został **\*** ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem

za naruszenie przepisów prawa pracy oraz jest / nie jest **\*** objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.

1. Przyjmuję do wiadomości, że zawarcie umowy może zostać poprzedzone wizytacją miejsc stażowych przez pracowników Powiatowego Urzędu Pracy w terminie wcześniej uzgodnionym.
2. Posiadam środki finansowe umożliwiające należyte wykonanie zobowiązań określonych w umowie.
3. Nie posiadam/ posiadam zaległości podatkowych
4. Nie posiadam / posiadam zaległości z tytułu opłacania składek ZUS, FP, FGŚP, Fundusz Solidarnościowy
5. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że administratorem danych osobowych osób bezrobotnych kierowanych do Organizatora stażu w związku z organizacją stażu jest Powiatowy Urząd Pracy w Golubiu-Dobrzyniu. Jednocześnie oświadczam, że u Organizatora stażu zostały wdrożone odpowiednie środki techniczne i organizacyjne zapewniające bezpieczeństwo uzyskanych od ww. administratora danych osobowych, zgodnie z art. 32 *Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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 osobowych).*
6. Oświadczam, że **nie zachodzą** w stosunku do Organizatora stażu, który reprezentuję, w tym podmiotów powiązanych ze mną oraz reprezentowanym Organizatorem stażu, przesłanki wykluczenia z postępowania o udzielenie bezpośredniego lub pośredniego wsparcia, w tym udzielania finansowania i pomocy finansowej lub przyznania jakichkolwiek innych korzyści, wynikające z:
7. 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;
8. Rozporządzenia Rady (UE) nr 269/2014 z dnia 17 marca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w odniesieniu do działań podważających integralność terytorialną, suwerenność i niezależność Ukrainy lub im zagrażających;
9. Rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie.
10. Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Golubiu-Dobrzyniu nastąpi zmiana danych wykazanych we wniosku.

**Świadomy odpowiedzialności karnej oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe.**

**Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji pod względem ich zgodności z prawdą.**

* **niepotrzebne skreślić**

….……..………………..………………………………………….

(data i podpis Organizatora stażu lub osoby upoważnionej)

# Wypełniają pracownicy Powiatowego Urzędu Pracy

* 1. Weryfikacja Organizatora stażu: *(odpowiednie zaznaczyć)*
     + 1. CEIDG/KRS - pozytywna / negatywna / nie dotyczy, uwagi ...…….……………………………………………….……….………
       2. REGON - pozytywna / negatywna / nie dotyczy, uwagi ………………………………………………………………………..……
       3. KAS - pozytywna / negatywna / nie dotyczy, uwagi ……………………………………………………………………………..…..
       4. ZUS/KRUS - pozytywna / negatywna / nie dotyczy, uwagi ………………………………………………………………………....
       5. Inne rejestry/ systemy (np. RSiPO) - pozytywna / negatywna / nie dotyczy, uwagi ……………………………..…………….…
     1. Uwagi dotyczące dotychczasowej współpracy z Organizatorem stażu w okresie ostatnich 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku:
        1. Czy Organizator stażu przerwał realizację stażu bez uzasadnionej przyczyny? **TAK / NIE \***
        2. Czy Starosta przerwał realizację stażu z powodu nierealizowania przez Organizatora stażu programu stażu lub niedotrzymania warunków jego odbywania? **TAK / NIE \***
        3. inne uwagi dotyczące współpracy z Organizatorem stażu (np. niewywiązanie się z zatrudnienia osoby po zakończeniu stażu)

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

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

* + 1. Weryfikacja dotycząca kandydata do odbycia stażu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Warunek** | **Uwagi** |
| 1. | Kandydat jest osobą spełniającą art. 69 ustawy *(tak/nie/grupa osób do której się zalicza).* |  |
| 2. | Odbywanie stażu przez kandydata w ostatnich 10 latach  *(liczba miesięcy ogółem nie może przekroczyć 24 miesięcy).* | Liczba miesięcy …………… |
| 3. | Czy w ostatnich 24 miesiącach przed dniem rozpoczęcia stażu u Organizatora stażu (wnioskodawcy) kandydat odbywał staż, był zatrudniony, w tym jako pracownik młodociany w celu przygotowania zawodowego, lub wykonywał inną pracę zarobkową? | Liczba miesięcy ………….. |
| 4. | Czy kandydat odbywał staż u Organizatora stażu (wnioskodawcy)?  *(liczba miesięcy nie może przekroczyć 12 miesięcy i kandydat nie może odbywać stażu ponownie u tego samego Organizatora stażu na tym samym stanowisku pracy).* | Liczba miesięcy …………..  Jeśli tak, podać stanowisko  ……………………………...…. |
| 5. | Czy kandydat posiada doświadczenie zawodowe na proponowanym stanowisku? *(brak możliwości skierowania na staż osoby posiadającej doświadczenie zawodowe na proponowanym stanowisku pracy; doświadczenie zawodowe oznacza uzyskane w trakcie zatrudnienia, wykonywania innej pracy zarobkowej, prowadzenia działalności gospodarczej lub odbywania stażu przez okres co najmniej 3 miesięcy).* |  |
| 6. | Weryfikacja posiadania statusu bezrobotnego kandydata na staż w systemie teleinformatycznym ZUS. |  |
| 7. | Weryfikacja posiadania statusu bezrobotnego kandydata na staż w systemie teleinformatycznym  CEiDG. |  |
| 8. | Inne. |  |

* + 1. Uwagi (w szczególności dotyczące przedstawionego do realizacji programu stażu): ……………………………………….……….

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

### ……………………………………………………………………………………………………………………..…………………..

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

* + 1. Złożony wniosek jest kompletny **TAK / NIE\***
    2. Organizator stażu spełnia warunki:
* ustawy z dnia 20 marca 2025 roku o rynku pracy i służbach zatrudnienia – **TAK / NIE \***
* **niepotrzebne skreślić**

### …..……………………..…………………………………

(data i podpis pracownika PUP weryfikującego wniosek)

**Decyzja Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy**

#### Wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody

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

(data, podpis i pieczątka Dyrektora PUP)

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

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

(data, podpis i pieczątka Dyrektora PUP)