

Nr ewidencyjny wniosku\*\*

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

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

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

## STAROSTA SUWALSKI

# W N I O S E K

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

**Aktywizacja osób młodych pozostających bez pracy w powiecie suwalskim i mieście Suwałki (III)**

### 1) Dane organizatora:

- a) nazwa firmy lub imię i nazwisko .....
- b) adres siedziby.....
- c) miejsce prowadzenia działalności .....
- d) telefon ..... fax ..... e-mail .....
- e) forma prawna .....
- f) rodzaj działalności .....
- g) data rozpoczęcia działalności .....
- h) liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy.....  
w tym zatrudnionych: na czas określony .....
- na czas nieokreślony .....
- i) liczba osób odbywających staż na dzień złożenia wniosku.....
- j) **NIP**.....**REGON**.....**PKD 2007**.....
- k) 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 (Dz.U. z 2016 poz.1876)
- 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 3 miesięcy w pełnym wymiarze czasu pracy

\* do powierzenia pracy osobie(om) bezrobotnej(y) na **umowę zlecenie** na okres co najmniej 3 miesięcy z wynagrodzeniem (brutto) nie niższym niż obowiązujące minimalne wynagrodzenie za każdy miesiąc realizacji prac zleconych

**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 (tekst jednolity Dz.U. z 2016 r., poz.645 z póź. zm.) oraz Rozporządzenia MPiPS z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz.U. z 2009 nr 142 poz. 1160)

\* - właściwe zaznaczyć  
 \*\* - wypełnia PUP

## **Załączniki**

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

## **Pouczenie**

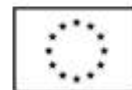
Urząd wyznaczy Wnioskodawcy co najmniej 7 – dniowy termin na uzupełnienie wniosku w przypadku, gdy wniosek zostanie wypełniony nieczytelnie lub nie zawiera pełnych, wymaganych informacji bądź kompletu załączników. Wnioski nieuzupełnione we wskazanym terminie pozostawia się bez rozpatrzenia.

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.

.....  
(miejsowość, 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
<b>I etap</b>	1. Szkolenie bhp i ppoż.
	2. Zapoznanie z całokształtem funkcjonowania przedsiębiorstwa/institucji.
<b>II etap</b>	.....
	.....
	.....
<b>III etap</b>	.....
	.....
	.....
	.....

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