

**„Gotowi do zmiany! - wsparcie dla osób bezrobotnych powyżej 29 roku życia w Siemianowicach Śląskich” Poddziałanie 7.1.3 RPO WSL Poprawa zdolności do zatrudnienia osób poszukujących pracy**

**i pozostających bez zatrudnienia**

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

 /pieczęć firmowa wnioskodawcy/ /miejscowość, data/

**POWIATOWY URZĄD PRACY**

ul. Wyzwolenia 17

41-103 SIEMIANOWICE ŚLĄSKIE

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

/pozycja rejestru zgłoszeń/

**WNIOSEK**

**O ZORGANIZOWANIE STAŻU**

**DLA OSÓB BEZROBOTNYCH LUB POSZUKUJĄCYCH PRACY**

Na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy /Dz. U. z 2016r. poz. 645/, rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009 roku w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych ***/***Dz. Uz2009 roku, Nr 142 poz. 1160/ oraz w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu niepełnosprawnych /Dz. U. z 2011 roku, Nr 127, poz. 721 z późn. zm./.

**l. Dane Pracodawcy**

1. Nazwa zakładu pracy ……………………………………………………………………………………………………….

* adres ……………………………………………………………………………………Tel……………………….
* adres email: ……………………………………………… strona internetowa: …………………………………..
* REGON ………………………………… NIP ……………………………………… PKD ………………………..
* dokument określający status prawny firmy: ……………………………………………………………………….

2. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania organizatora: ……………………………………………..

3. Imię i nazwisko oraz stanowisko opiekuna: ………………………………………………………………………………

**II. Dane dotyczące organizacji planowania stażu:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa stanowiska | Ilość miejsc pracy | Wymagane kwalifikacje | Predyspozycje psychofizyczne | Proponowany okres odbywania stażu (nie krótszy niż 3 miesiące) | Godziny pracy |
| Poziom wykształcenia | Minimalne kwalifikacje |
|  |  |  |  |  |  |  |

Po okresie stażu zapewniam zatrudnienie w pełnym wymiarze czasu pracy na podstawie:

🞎 umowy o pracę,

🞎 umowy zlecenie
(W przypadku umowy zlecenie wynagrodzenie nie może być niższe niż minimalne wynagrodzenie 2000 brutto ustalone na podstawie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 9 września 2016r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę w 2017 r.)

|  |  |
| --- | --- |
| **Czas określony** | **Czas nieokreślony** |
| Stanowisko | okres | Stanowisko |  |
|  |  |  |  |

Miejsce i termin odbywania stażu …………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Dane osoby bezrobotnej wnioskowanej do odbycia stażu[[1]](#footnote-2):

* Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………………….
* Pesel …………………………………………………………………………………………………………………..

**III. Oświadczam, że:**

1. Na dzień złożenia wniosku zatrudniam ………………pracowników *(w przeliczeniu na pełny etat).*
2. Firma którą reprezentuję to:

 mały przedsiębiorca,

 średni przedsiębiorca,

 duży przedsiębiorca.

1. W ostatnich 6-ciu miesiącach liczba zatrudnionych pracowników nie uległa zmniejszeniu o 10%.
2. W okresie ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem wniosku, zatrudnienie w zakładzie przedstawiało się następująco:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Miesiąc |  |  |  |  |  |  |
| Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy |  |  |  |  |  |  |

1. W przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia proszę podać liczbę zwolnionych pracowników i przyczynę zwolnień: -
2. Dotychczas korzystałem ze środków Funduszu Pracy – (TAK / NIE) w formie:

 prac interwencyjnych

 organizowania stażu

 organizowania przygotowania zawodowego

 programu specjalnego

 dotacji

 doposażenie stanowiska pracy

1. Nie toczy / toczy się w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.
2. Nie zalegam / zalegam z płatnościami Urzędu Skarbowego i ZUS.
3. Organizacja w moim zakładzie stażu, nie będzie przyczyną zwolnień pracowników obecnie zatrudnionych w zakładzie.
4. **Liczba osób aktualnie odbywających staż w moim zakładzie pracy:** …………………………………….

**Niniejsze oświadczenie składam pod odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 233 §1 k.k., który stanowi:**

“Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3"

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

(pieczęć i podpis wnioskodawcy)

**UWAGA!**

1. **Wymienione niżej załączniki są niezbędne do rozpatrzenia wniosku.**
2. **Niekompletny wniosek nie będzie rozpatrywany.**
3. **Termin rozpatrzenia wniosku liczony będzie od dnia dostarczenia kompletu załączników.**
4. **Kserokopie przedkładanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem wraz z imiennym podpisem i pieczęcią firmy.**

**ZAŁĄCZNIKI:**

1. Jako załącznik należy dołączyć:
	* Dokument potwierdzający status prawny firmy (zawierający m.in. informację o nr NIP, REGON)
	* Zgłoszenie krajowej oferty pracy w przypadku gwarancji zatrudnienia po okresie odbycia stażu.
2. Program przebiegu stażu – z uwzględnieniem opisu zadań wykonywanych przez osobę bezrobotną, które umożliwią samodzielne wykonywanie pracy po zakończeniu stażu (stanowiący załącznik do niniejszego wniosku).

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

(pieczęć i podpis wnioskodawcy)

**OPIS ZADAŃ WYKONYWANYCH PODCZAS STAŻU**

Nazwa zawodu /kod zawodu/ ……………………………………………………………………………………

Nazwa komórki organizacyjnej …………………………………………………………………………………..

Stanowisko pracy …………………………………………………………………………………………………

Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności ……………………………………………………………

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Okres stażu | Zakres zadań zawodowych |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Zapoznałem się z programem stażu:**

/podpisuje stażysta po skierowaniu przez PUP/

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

Imię i Nazwisko, data

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

Podpis

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

 (pieczęć i podpis wnioskodawcy)

*Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego*

1. Wypełnić w przypadku posiadania kandydata do odbycia stażu [↑](#footnote-ref-2)