..... ……
/pieczęć firmowa wnioskodawcy/ /miejscowość, data/

POWIATOWY URZĄD PRACY
ul. Wyzwolenia 17
41-103 SIEMIANOWICE ŚLĄSKIE

.....
/pozycja rejestru zgłoszeń/

WNIOSEK
O ZAWARCIE UMOWY O ZORGANIZOWANIE STAŻU

Na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 marca 2025 roku o rynku pracy i służbach zatrudnienia /Dz. U. z 2025 r. poz.620/, rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009 roku w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych /Dz. U. z 2009 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 2024 roku poz. 44/.

I. Dane Organizatora:

1. Nazwa lub imię i nazwisko: ……..
2. Siedziba i miejsce prowadzenia działalności gospodarczej oraz adres do korespondencji:

   ……..
3. NIP lub numer REGON (w przypadku osoby fizycznej nieposiadającej numeru NIP ani REGON - PESEL):

   ……..
4. Forma prawna oraz dokument określający status prawny firmy:

   ……..
5. Numer telefonu lub e-mail: ……...
6. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania organizatora:…….....
7. Imię i nazwisko oraz stanowisko opiekuna:

   ……

II. Dane dotyczące organizacji planowania stażu:

nazwa stanowiska	Ilość miejsc pracy	Wymagane kwalifikacje			Proponowany okres odbywania stażu (nie krótszy niż 3 miesiące)	Godziny pracy[1]	Wymiar czasu pracy	Rozkład czasu pracy
		Poziom wykształcenia	Minimalne kwalifikacje	Predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne				
	1					od ……. do……..	▫ pełny etat ▫3/4 etatu ▫ ½ etatu	▫ I zmiana ▫ II zmiana ▫ III zmiana od……do……

Po okresie stażu zapewniam zatrudnienie w pełnym wymiarze czasu pracy na podstawie
☐ umowy o pracę
☐ umowa zlecenie

Czas określony		Czas nieokreślony	
Stanowisko	okres	Stanowisko	okres

Miejsce odbywania stażu (stałe)……

Miejsce odbywania stażu (dodatkowe)…….

Dane osoby bezrobotnej wnioskowanej do odbycia stażu[2]:

- Imię i nazwisko ……
- Pesel ……

1.Liczba godzin nie może być mniejsza niż 20h w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy, w przyjętym okresie rozliczeniowym nieprzekraczającym 3 miesięcy

2. Wypełnić w przypadku posiadania kandydata do odbycia stażu

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

Miesiąc						
Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy						

5. W przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia proszę podać liczbę zwolnionych pracowników i przyczynę zwolnień:
6. Nie toczy / toczy się w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.
7. Nie zalegam / zalegam z płatnościami wobec Urzędu Skarbowego i ZUS.
8. Organizacja w moim zakładzie stażu, nie będzie przyczyną zwolnień pracowników obecniezatrudnionych w zakładzie.
9. **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 oryginałemwraz 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)
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)

POUCZENIE:
Art. 116 ust. 6 W przypadku przerwania stażu przez:
1) starostę z powodu nierealizowania przez organizatora programu stażu lub niedotrzymywania warunków jego odbywania,
2) organizatora stażu bez uzasadnionej przyczyny
– organizator stażu nie może korzystać z form pomocy, z wyłączeniem pośrednictwa pracy i poradnictwa zawodowego, przez okres 12 miesięcy od dnia przerwania realizacji stażu przez starostę lub przerwania stażu przez organizatora stażu.

PROGRAM STAŻU

Nazwa zawodu lub specjalności /kod zawodu/ …….

Nazwa komórki organizacyjnej -…….

Stanowisko pracy: ……...

Lp.	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)