



.....
(pieczęć firmowa)

.....
(miejscowość, data)

**Powiatowy Urząd Pracy
w Makowie Mazowieckim**

WNIOSEK o skierowanie osób bezrobotnych w celu odbycia stażu

Zgodnie z art. 53 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20 kwietnia 2004r. (Dz. U. z 2016 r., poz. 645 z późn. zm.) oraz rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz. U. z 2009 r. Nr 142, poz. 1160)

I. Dane dotyczące organizatora:

1. Pełna nazwa firmy lub imię i nazwisko oraz siedziba, miejsce prowadzenia działalności:

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

2. tel.: faks: e-mail:

3. NIP: REGON: PKD:.....

4. Forma prawna:

(przedsiębiorstwo państwowe, spółdzielnia, spółka akcyjna, spółka z o.o.,
spółka cywilna, działalność indywidualna)

5. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności:

6. Czas pracy:

▪ dni pracy:

▪ godziny rozpoczęcia i zakończenia pracy:

7. Osoba upoważniona do reprezentowania organizatora:

.....

(imię i nazwisko oraz stanowisko, telefon)

Stan zatrudnienia u organizatora:

1. Liczba zatrudnionych pracowników w poszczególnych 6 miesiącach poprzedzających dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy.

| | | | | | | |
|----------------------------|--|--|--|--|--|--|
| Miesiąc i rok | | | | | | |
| Liczba zatrud. pracowników | | | | | | |

2. W okresie ostatnich 6 miesięcy organizator **nie dokonał/dokonał*** zwolnień pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy: liczba osób

*niepotrzebne skreślić

W przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia proszę podać przyczyny:

.....

..... Liczba osób

aktualnie odbywających staż w dniu złożenia wniosku:

w tym:

- w ramach umów zawartych z PUP Maków Mazowiecki:
- w ramach umów zawartych z innymi powiatowymi urzędami pracy:

III. Dane dotyczące współpracy z Powiatowym Urzędem Pracy:

Czy organizator korzystał ze środków Funduszu Pracy/EFS (w okresie ostatnich 2 lat), jeżeli tak, to proszę podać:

| Forma | Liczba zorganizowanych miejsc pracy | W jakim okresie (lata) | Liczba osób zatrudnionych po zakończonym programie |
|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|--|
| Staż | | | |
| Prace interwencyjne | | | |
| Doposażenie stanowiska pracy | | | |
| Dotacja na rozpoczęcie działalności | | | |
| Roboty publiczne | | | |
| Inne (podać jakie?) | | | |

IV. Dane dotyczące skierowania na staż osób bezrobotnych:

1. Proponowana liczba osób bezrobotnych:
2. Ewentualne wskazanie przez organizatora kandydata do odbycia stażu (imię, nazwisko i PESEL):

.....

W przypadku niezakwalifikowania się w/w kandydata organizator wyraża zgodę na skierowanie innej osoby bezrobotnej wskazanej przez urząd:

Tak, wyrażam zgodę

Nie wyrażam zgody

3. Wymagane kwalifikacje, jakie musi spełniać kierowana osoba bezrobotna:

| Lp. | Nazwa zawodu lub specjalności ¹ | Kod zawodu | Ilość miejsc | Wymagania dotyczące predyspozycji psychofizycznych i zdrowotnych, poziomu wykształcenia oraz minimalnych kwalifikacji niezbędnych do podjęcia stażu | Proponowany okres odbywania stażu ² |
|-----|--|------------|--------------|---|--|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |

4. Adres miejsca odbywania stażu:

.....

- Godziny odbywania stażu: od do
- Dni odbywania stażu: od do

Czas pracy bezrobotnego odbywającego staż **nie może** przekraczać 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo, a bezrobotnego będącego osobą niepełnosprawną zaliczoną do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności – 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo, przez 5 dni w tygodniu w okresie rozliczeniowym. **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 niedziele i święta, w porze nocnej lub w systemie pracy zmianowej, o ile charakter pracy w danym zawodzie wymaga takiego rozkładu czasu pracy. Bezrobotnemu odbywającemu staż przysługuje prawo do przerw w pracy na zasadach przewidzianych dla pracowników.

5. Imię i nazwisko osoby przeprowadzającej rekrutację:

.....

(imię i nazwisko oraz stanowisko, telefon)

6. Imię i nazwisko opiekuna bezrobotnego:

.....

(imię i nazwisko oraz stanowisko, telefon)

Opiekun bezrobotnego odbywającego staż może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż 3 osobami.

7. Imię i nazwisko opiekuna, który będzie sprawował opiekę nad stażystą podczas nieobecności opiekuna podstawowego:

.....

(imię i nazwisko oraz stanowisko, telefon)

1

Nazwa zawodu zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności dostępna na stronie <http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci>

2 Okres trwania stażu nie może być krótszy niż 3 miesiące

.....
Pieczętka i podpis Organizatora

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

1. Program stażu: Program należy wypełnić drukowanymi literami bądź przedłożyć go w formie wydruku komputerowego (wzór programu w załączeniu).
2. W przypadku, gdy organizatorem jest spółka cywilna prosimy do wniosku dołączyć kserokopię umowy spółki.
3. Jeżeli wniosek podpisany jest przez osobę inną niż wynika to z dokumentacji firmy tj. z wpisu do ewidencji działalności gospodarczej, KRS-u lub umowy spółki cywilnej prosimy o dołączenie do wniosku pełnomocnictwa upoważniającego niniejszą osobę do podpisania wniosku lub/i umowy o organizację stażu.
4. W przypadku, gdy miejscem odbywania stażu nie jest siedziba firmy proszę dołączyć kserokopię dokumentu potwierdzającego prawo do lokalu w miejscu odbywania stażu.

OPINIA KOMISJI DOTYCZĄCA ZORGANIZOWANIA STAŻU DLA OSÓB BEZROBOTNYCH:

Komisja w dniu rozpatrzyła pozytywnie / negatywnie* wniosek o zorganizowanie stażu dla osób bezrobotnych na stanowisko
.....

DECYZJA DYREKTORA PUP:

Zatwierdzam wniosek / nie zatwierdzam wniosku* o organizację stażu dla osób bezrobotnych w
.....
.....
.....
.....
dla osoby/osób*.

*niepotrzebne skreślić

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis)



PROGRAM STAŻU

1. Organizator:

Reprezentowany przez:

2. Nazwa zawodu lub specjalności oraz kod zawodu (zgodnie z klasyfikacją zawodów), której program dotyczy:

.....

PROGRAM POWINIEN BYĆ DOSTOSOWANY DO SPECYFIKI ORGANIZACJI PRACY U ORGANIZATORA

| Zakres zadań zawodowych wykonywanych przez bezrobotnego | Opis zadań zawodowych, jakie będą wykonywane przez bezrobotnego w ramach zakresu zadań zawodowych |
|--|--|
| | |
| Rodzaj uzyskanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych - umiejętności, jakie nabędzie stażysta w związku z wykonywaniem zadań zawodowych. | |
| Sposób potwierdzenia przez Organizatora nabytych umiejętności zawodowych. | Opinia wystawiona przez Organizatora po zrealizowaniu programu stażu, zawierająca informację o zadaniach realizowanych przez bezrobotnego i umiejętnościach praktycznych pozyskanych w trakcie stażu. |

3. Opiekun osoby objętej programem stażu:

VI.

(imię i nazwisko oraz stanowisko, telefon)

.....

(Podpis i pieczęć Organizatora)