

12. Czy wnioskodawca jest w stanie upadłości lub likwidacji?

TAK	NIE

13. Czy wnioskodawca jest skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych lub jest objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie?

TAK	NIE

14. Czy w okresie ostatnich 6 miesięcy liczba pracowników uległa zmniejszeniu o 10%?

Jeżeli TAK, z jakiego powodu?

TAK	NIE

15. Informacja dotycząca osoby reprezentującej Wnioskodawcę (upoważnionej do zawarcia umowy – zgodnie z KRS, umową spółki itp.):

Imię i nazwisko

Stanowisko służbowe

16. Informacja dotycząca osoby upoważnionej do przeprowadzenia rozmów kwalifikacyjnych z kierowanymi bezrobotnymi:

Imię i nazwisko

Telefon kontaktowy:

17. Miejsce kontaktu skierowanego bezrobotnego z upoważnionym pracownikiem Wnioskodawcy:

..... w godzinach

II. DANE DOTYCZĄCE STAŻU:

1. Wnioskowany okres realizacji stażu (min. 3 miesiące -max. 6 miesięcy):.....

2. Miejsce odbywania stażu (dokładny adres):

3. System pracy: stacjonarny zdalny hybrydowy

a. Uzasadnienie konieczności zastosowania formy zdalnej lub hybrydowej:

.....

.....

.....

.....

b. jeśli dokonano wyboru systemu pracy zdalnego lub hybrydowego, należy wypełnić:

- zasady porozumiewania się organizatora stażu i bezrobotnego wykonującego staż w formie zdalnej
.....
- zasady kontroli realizacji stażu przez bezrobotnego wykonującego staż w formie zdalnej
.....
- sposób weryfikacji obecności bezrobotnego na stażu odbywanego w formie zdalnej
.....

4. Godziny pracy na stażu (jedna zmiana): od do.....

5. Miesięczny wymiar czasu realizacji stażu (liczba godzin):

6. Informacja dotycząca opiekuna bezrobotnego odbywającego staż (opiekun może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż 3 stażystami)

Imię i nazwisko:

Stanowisko służbowe:

7. Czy po zakończeniu stażu bezrobotny zostanie zatrudniony, w tym także w ramach umowy cywilno-prawnej?
Jeżeli TAK, proszę wskazać ilość osób i minimalny okres zatrudnienia:

TAK	NIE

8. Informacja o kandydacie do odbycia stażu:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia:

Oświadczam, że wskazany kandydat nie jest spokrewniony ani spowinowacony z Wnioskodawcą.

9. Liczba osób odbywających staż u Wnioskodawcy na dzień składania wniosku:

10. Informacja w zakresie organizowanego stażu (**tylko 1 stanowisko**):

Nazwa stanowiska pracy:

Nazwa zawodu* (zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności, 6 cyfrowy kod zawodu)

*Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. z 2018 r. poz. 227).

Nazwa komórki organizacyjnej:

.....

Zakres zadań zawodowych wykonywanych na stanowisku:

.....

.....

.....

.....

.....

Wymagane wykształcenie:

.....

.....

Predyspozycje psychofizyczne i minimalne kwalifikacje:

.....

.....

.....

Oświadczam, że zapoznałam/-em/-liśmy się z regulaminem w sprawie organizacji stażu dla osób bezrobotnych i poszukujących pracy przez Powiatowy Urząd Pracy w Zabrze (dostępny na stronie www.pupzabrze.pl).

Oświadczam/-y, że wszystkie informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

Wiarygodność informacji podanych w niniejszym wniosku i załączonych do niego dokumentów stwierdzam/-y własnoręcznym podpisem.

.....

(pieczęć i podpis osoby/osób
uprawnionej/-ych do reprezentowania Wnioskodawcy)

Załączniki do Wniosku:

1. Załącznik nr 1 - Informacja dotycząca współpracy Wnioskodawcy z Powiatowymi Urzędami Pracy
2. Załącznik nr 2 - Oświadczenie
3. Załącznik nr 3 - Program stażu

UWAGI:

1. U Wnioskodawcy będącego organizatorem stażu, który jest pracodawcą, staż mogą odbywać jednocześnie bezrobotni w liczbie nieprzekraczającej liczby pracowników zatrudnionych u Wnioskodawcy w dniu składania wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy.
2. 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.
3. Wnioskodawca zobowiązuje się do skierowania bezrobotnego na własny koszt, na wstępne badania lekarskie, na zasadach przewidzianych dla pracowników, zgodnie ze wskazanym we wniosku zawodem zgodnym z klasyfikacją zawodów i specjalności.
4. Wnioskodawca zobowiązuje się do zorganizowania i pokrycia kosztów szkolenia BHP i p.poż. skierowanej osoby bezrobotnej.
5. Zgodnie z art. 64 § 2 kodeksu postępowania administracyjnego wniosek złożony bez kompletu załączników bądź zawierający braki mogą nie być rozpatrywane w przypadku ich nieuzupełnienia pomimo wezwania do usunięcia braków we wskazanym terminie.
6. **Ja, niżej podpisany/a**, oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Zabrze, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO).

Zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku w celu jego rozpatrzenia oraz kontaktu w sprawach związanych z jego realizacją.

Obowiązek informacyjny:

1. Administrator danych osobowych: Powiatowy Urząd Pracy w Zabrze, plac Krakowski 9, 41-800 Zabrze
2. Kontakt z inspektorem ochrony danych: iod@pupzabrze.pl
3. Cel przetwarzania: rozpatrzenie i obsługa złożonego wniosku.
4. Podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. a lub b RODO (zgoda osoby lub niezbędność do wykonania umowy/działań przed umownych).
5. Odbiorcy danych: podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa oraz podmioty świadczące usługi na rzecz administratora
6. Okres przechowywania danych: przez okres niezbędny do realizacji celu przetwarzania oraz zgodnie z przepisami prawa.
7. Prawa osoby, której dane dotyczą: prawo dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, sprzeciwu, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do cofnięcia zgody.
8. Prawo wniesienia skargi: do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

.....
(pieczęć i podpis osoby/osób
uprawnionej/-ych do reprezentowania Wnioskodawcy)

.....
(pieczęć firmowa Wnioskodawcy)

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WSPÓLPRACY WNIOSKODAWCY
Z POWIATOWYMI URZĘDAMI PRACY**

Wnioskodawca w ciągu ostatnich 2 lat organizował lub obecnie organizuje staż:

Urząd Pracy, który zorganizował/organizuje staż	Nr umowy/rok	Okres odbywania stażu	Ilość osób odbywających staż	Ilość osób zatrudnionych po okresie stażu

Wnioskodawca w ciągu ostatnich 2 lat korzystał lub obecnie korzysta z jednorazowych środków na rozpoczęcie działalności gospodarczej lub/i subsydiowanego zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych, doposażenia stanowiska pracy, robót publicznych, bonów zatrudnieniowych, dofinansowania zatrudnienia osób po 50 roku życia oraz refundacji kosztów wynagrodzenia i składek osób do 30 roku życia lub innych form refundowanych przed urząd: **TAK/NIE**

Urząd Pracy, który udzielił/udziela wsparcia	Nr umowy/rok	Okres trwania umowy	Ilość osób zatrudniony ch	Ilość osób objętych zobowiązaniem wynikającym z umowy do zatrudnienia	Ilość osób zatrudnionych po okresie umowy

.....
(pieczęć i podpis osoby/osób
uprawnionej/-ych do reprezentowania Wnioskodawcy)

.....
(pieczęć firmowa Wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam/-y, że na dzień składania wniosku o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu **zalegam/-y / nie zalegam/-y*** z opłacaniem składek na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Oświadczam/-y, że na dzień składania wniosku o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu **zalegam/-y / nie zalegam/-y*** z opłacaniem składek na rzecz Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.

Oświadczam/-y, że na dzień składania wniosku o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu **zalegam/-y / nie zalegam/-y*** z opłacaniem podatków.

Zabrze, dnia

.....
(pieczęć i podpis osoby/osób
uprawnionej/-ych do reprezentowania
Wnioskodawcy)

* - niepotrzebne skreślić

PROGRAM STAŻU

Program stażu dla
(nazwa zawodu lub specjalności)

Zakres wykonywanych zadań:

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

Rodzaj uzyskiwanej wiedzy i umiejętności zawodowych:

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

Sposób potwierdzania uzyskanej wiedzy i umiejętności zawodowych:

Opinia zawierająca informacje o zadaniach realizowanych przez bezrobotnego oraz wiedzy i umiejętnościach praktycznych uzyskanych w trakcie stażu.

Opiekun osoby / osób objętych programem stażu:

Imię i nazwisko

Stanowisko służbowe

.....
(pieczęć i podpis osoby/osób
uprawnionej/-ych do reprezentowania Wnioskodawcy)

Uwaga!

Wnioskodawca jako organizator stażu, po zakończeniu realizacji programu wydaje bezrobotnemu **opinię** zawierającą informacje o zadaniach realizowanych przez bezrobotnego oraz umiejętnościach praktycznych pozyskanych w trakcie stażu.