**Załącznik Nr 11 do Zarządzenia Nr 1 z 08.01.2024r.**

Znak sprawy: ................................... Giżycko, .....................................

 (wypełnia PUP w Giżycku)

**Powiatowy Urząd Pracy
w Giżycku**

**W N I O S E K**

**o organizację stażu dla osób z niepełnosprawnością poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu**

Na zasadach określonych w art. 53 Ustawy z dnia 20.04.2004r. o promocji zatrudnienia
i instytucjach rynku pracy oraz Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20.08.2009r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych a także Ustawy z dnia 27.08.1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

**UWAGA:** Przed przystąpieniem do wypełniania wniosku, należy zapoznać się z zasadami organizacji stażu dostępnymi na stronie internetowej PUP Giżycko [www.gizycko.praca.gov.pl](http://www.gizycko.praca.gov.pl).

 **I. DANE ORGANIZATORA**:

1. Pełna nazwa Organizatora:............................................................................................................

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

2. Adres siedziby Organizatora: ........................................................................................................

3. Numer telefonu: ........................................................, e – mail ………………................................

4. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do podpisania umowy: ........................................................

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

5. Miejsce prowadzenia działalności:..................................................................................................

6. Numer REGON .........................................................NIP...............................................................

 KRS (jeśli dotyczy) ………………………………………………………………………………………..

7. Forma prawna prowadzonej działalności: ......................................................................................

8. Kod klasyfikacji prowadzonej działalności wg PKD:.......................................................................

9. Data rozpoczęcia działalności: ......................................................................................................

10. Rodzaj działalności: .....................................................................................................................

**II. INFORMACJA O PLANOWANEJ LICZBIE MIEJSC ORAZ WYMAGANIACH STAWIANYCH KANDYDATOM KIEROWANYM DO ODBYCIA STAŻU:**

1. Proponowana liczba stażystów: ..........................w następujących zawodach:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zawód (zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy)** | **Liczba stanowisk** | **Proponowany okres****od ... do ... (nie krótszy niż 3 m-ce)** | **Wykształcenie****(kierunek)** | **Kwalifikacje** | **Wymagania dotyczące predyspozycji psychofizycznych i zdrowotnych** |
|  |  |  |  |  |  |

 **UWAGA: Należy wypełnić szczegółowo każdą z kolumn powyższej tabeli.**

1. Dane opiekuna osoby odbywającej staż:

Imię i Nazwisko: ...............................................................................................................................

Stanowisko: ......................................... ............................................................................................

Nr telefonu: ......................................................................................................................................

1. Dane kandydata wskazanego przez Organizatora (imię i nazwisko, data urodzenia ): ......................................................................................................................................................

**UWAGA:** Opiekun bezrobotnego odbywającego staż może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż 3 osobami odbywającymi staż.

**III. PROGRAM STAŻU:**

1. Opis zadań wykonywanych przez stażystę/ów :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Stanowisko**  | **Zakres zadań** | **Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych** |
|  |  |  |

 **UWAGA: Należy wypełnić szczegółowo każdą z kolumn powyższej tabeli.**

**Osoba skierowana na staż nie jest pracownikiem i nie ponosi odpowiedzialności materialnej
w związku z wykonywaniem zadań. Czynności ujęte w programie stażu będzie wykonywała
w formie nauki i pod nadzorem wskazanego opiekuna, którego rolą jest udzielanie stażyście wskazówek i pomocy w wypełnianiu powierzonych zadań oraz poświadczenie własnym podpisem prawdziwości informacji zawartych w sprawozdaniu z przebiegu stażu.**

1. Miejsce wykonywania stażu (adres, nazwa komórki organizacyjnej): …………………………….

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

1. System pracy (godziny pracy): ....................................................................................................
2. Ze względu na charakter pracy wnioskuję o wyrażenie zgody na realizację stażu\*:

- w porze nocnej, - w systemie zmianowym, - w niedzielę i święta,

- nie dotyczy.

W przypadku wskazania konieczności odbywania stażu w niedzielę i święta, w porze nocnej lub
systemie pracy zmianowej – należy dodatkowo uzasadnić celowość takiego rozkładu czasu pracy:…………………………………………………………………………………………………………

**IV. OŚWIADCZAM, ŻE:**

1. Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy wg. stanu na dzień złożenia wniosku wynosi ................................................ .
2. Zakład **nie jest w stanie likwidacji lub upadłości.**
3. **Nie zalegam** ze składkami wobec ZUS i US.
4. W dniu złożenia wniosku realizuję umowę/y na organizację stażu:

**TAK/NIE\***

Jeśli TAK, to proszę podać – ilość osób odbywających staż ......................................................

1. Zobowiązuję się do **przeszkolenia osób bezrobotnych w zakresie przepisów BHP i p.poż**. oraz pokrycia kosztów tych szkoleń.
2. **Przyjmuję do wiadomości i akceptuję**, że w przypadku realizacji staży w ramach programów /projektów rynku pracy mogą zaistnieć dodatkowe warunki i oczekiwania w stosunku do kierowanych osób.
3. **Zapoznałem/am się** z zasadami organizacji stażu oraz **zobowiązuję się** do ich przestrzegania.

8. **Oświadczam**, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą ochrony danych osobowych. Informacja dotycząca ochrony danych osobowych klienta dostępna jest
w siedzibie urzędu oraz na stronie internetowej urzędu <https://gizycko.praca.gov.pl/urzad/ochrona-danych-osobowych>.

9. **Oświadczam**, że nie posiadam powiązań z Federacją Rosyjską/Republiką Białorusi.

1. **Zobowiązuję się do zatrudnienia** ……. stażysty/ów po okresie odbywanego stażu\*:

a) na umowę o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy na okres 3 m-cy;

b) na umowę o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy na okres powyżej 3 m-cy.

**\* niepotrzebne skreślić**

**Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

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

 (pieczątka i podpis Organizatora)

**UWAGA:**

**1. Wniosek należy wypełnić w sposób czytelny wpisując treść w każdym do tego wyznaczonym punkcie wniosku.**

**2. Wszelkie poprawki należy dokonywać przez skreślenie i zaparafowanie.**

**3. Nie należy modyfikować i usuwać elementów wniosku.**

**4. Złożony wniosek nie podlega zwrotowi**.

**Wniosek należy złożyć w Powiatowym Urzędzie Pracy w Giżycku**

**ul. Gdańska 11, sekretariat pok. 15 lub pok. nr 18 , tel. (87) 429 64 46.**

**DECYZJA POWIATOWEGO URZĘDU PRACY W GIŻYCKU**

1. **Wniosek sprawdzono pod względem formalnym.**

**Uwagi:** ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................………………………………………………………………………..

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

(data i podpis pracownika PUP)

1. **Dyrektor PUP wyraża pozytywną opinię dotyczącą organizacji stażu**

**w okresie od** .................................................... **do** ....................................................

**3. Dyrektor PUP wyraża negatywną opinię dotyczącą stażu**

**z powodu:**

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

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

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

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

(data i podpis Dyrektora PUP)