Załącznik Nr 14 do Zarządzenia Nr 9 z 25.01.2022r.

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

(wypełnia PUP Giżycko)

**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 o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
z 20.04.2004r. (t. j. Dz. U. z 2021r., poz. 1100 ze zm.) oraz Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych z 20.08.2009r (Dz. U. z 2009r., Nr 142, poz. 1160).

Ustawy z 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnienia osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. z 2021r., poz. 573 z zm.).

 **I. DANE ORGANIZATORA**:

1. Pełna nazwa organizatora:..............................................................................................................................

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

2. Adres siedziby organizatora: .........................................................................................................................

3. Numer telefonu: .................................., fax-u ...................................., e – mail ...........................................

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

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

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

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:**

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 ): .....................................................................................................................................................................

**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): ...................................................... .....................................................................................................................................................................
2. System pracy (godziny pracy): ...................................................................................................................
3. 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 **pokrycia kosztów badań lekarskich** osób, które zamierzam przyjąć na staż.
2. Zobowiązuję się do **przeszkolenia osób bezrobotnych w zakresie przepisów BHP i p.poż**. oraz pokrycia kosztów tych szkoleń.
3. 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.
4. **Zapoznałem/am się** z treścią i zasadami organizowania stażu przez Powiatowy Urząd Pracy
w Giżycku, przygotowanych na podstawie ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia
i instytucjach rynku pracy (t. j. Dz.U. z 2021r. poz. 1100 ze zm.) oraz Rozporządzenia
MPiPS z dnia 20.08.2009r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez
bezrobotnych (Dz. U. z 2009r. Nr 142 poz. 1160) oraz zobowiązuję się do przestrzegania w/w
przepisów prawa. Informacja powyższa jest dostępna na stronie internetowej
[www.gizycko.praca.gov.pl](http://www.gizycko.praca.gov.pl) .
5. 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.

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

**\* właściwe podkreślić**

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

(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. 2, tel. (87) 4296446.**

**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)