

Września, dnia

**Powiatowy Urząd Pracy
we Wrześni
ul. Wojska Polskiego 2
62-300 Września**

**WNIOSEK
O ZAWARCIE UMOWY O ZORGANIZOWANIE STAŻU ZE ŚRODKÓW
PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ POSZUKUJĄCEJ
PRACY I NIEPOZOSTAJĄCEJ W ZATRUDNIENIU**

I. DANE WNIOSKODAWCY – ORGANIZATORA

1. Dane podstawowe:

NAZWA:

.....

ADRES:

.....

NIP REGON

Telefon, e-mail

Osoba/y uprawniona/e do reprezentacji Organizatora (zgodnie z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem):

Imię: **Nazwisko:**,

Stanowisko służbowe:

Imię: **Nazwisko:**,

Stanowisko służbowe:

2. Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, w dniu złożenia wniosku:
(nie należy uwzględniać zatrudnionych na podstawie umowy zlecenie i umowy o dzieło, osób przebywających na urloпах wychowawczych oraz pracowników młodocianych zatrudnionych w celu przygotowania zawodowego)

3. Forma prawna (właściwe podkreślić):

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">▪ os. fizyczna prowadząca działalność gospodarczą▪ spółka akcyjna▪ spółka cywilna▪ spółka jawna | <ul style="list-style-type: none">▪ spółka z o. o.▪ przedsiębiorstwo państwowe▪ spółdzielnia▪ inna (jaka?) <p>.....</p> |
|--|---|

UWAGA! Do wniosku należy dołączyć w przypadku:

- 1) spółek: umowa spółki cywilnej,
- 2) stowarzyszeń właściwe dokumenty potwierdzające ich powstanie (np. uchwała o powstaniu, statut),
- 3) podmiotów prowadzących działalność rolniczą: zaświadczenie właściwego miejscowo wójta lub burmistrza potwierdzające posiadanie gospodarstwa rolnego oraz jego wielkości w ha przeliczeniowych.

4. Rodzaj działalności:

5. Data rozpoczęcia działalności gospodarczej:

II. INFORMACJE NA TEMAT PLANOWANEGO STAŻU

1. Liczba osób niepełnosprawnych poszukujących pracy i niepozostających w zatrudnieniu zarejestrowanych w PUP we Wrześni, dla których istnieje możliwość zorganizowania stażu:

2. Dane kandydata do odbycia stażu (imię, nazwisko, PESEL lub data urodzenia) wskazanego przez Organizatora (jeżeli Organizator posiada kandydata):

.....
.....

3. Planowany okres realizacji stażu (minimum 3 miesiące):

od

 dzień

 miesiąc

 rok do

 dzień

 miesiąc

 rok

4. Siedziba i miejsce prowadzenia działalności (podać dokładny adres):

.....
.....

5. Miejsce odbywania stażu (podać dokładny adres):

.....
.....

Poniższe sformułowanie jest uzupełnieniem określenia miejsca odbywania stażu. Należy je zaznaczyć w przypadku odbywania stażu u pracodawcy, którego specyfika pracy opiera się na realizacji zleceń.

☐ Każdorazowe miejsce wykonywania przez Organizatora zlecenia realizowanego w ramach prowadzonej działalności.

6. Wymagania dot. predyspozycji psychofizycznych, poziomu wykształcenia oraz minimalnych kwalifikacji niezbędnych do podjęcia stażu:

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

7. Nazwa stanowiska pracy, na którym kandydat będzie odbywać staż (stanowisko zgodne z klasyfikacją zawodów i specjalności dostępną na stronie internetowej www.wrzesnia.praca.gov.pl – zakładka Urząd → dokumenty do pobrania → klasyfikacja zawodów i specjalności):

.....

8. Po okresie stażu Organizator (zaznaczyć właściwe):

☐ zobowiązuje się do zatrudnienia bezpośrednio po zakończeniu umowy stażowej osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy i niepozostającej w zatrudnieniu, na umowę o pracę przynajmniej na ½ etatu na okres co najmniej 1 miesiąca (30 dni kalendarzowych)

liczba osób

☐ nie zapewnia zatrudnienia

liczba osób

.....
(data)

.....
(czytelny podpis osoby/osób
reprezentujących Organizatora)

OŚWIADCZENIA ORGANIZATORA

Oświadczam/my, że:

- w przypadku zawarcia umowy dot. odbywania stażu wyrażam zgodę na podanie do publicznej wiadomości tego faktu zgodnie z wymaganą procedurą art. 59b Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
- zapoznałem się z zasadami ubiegania się o środki z PFRON na organizację i realizację staży dla osób niepełnosprawnych poszukujących pracy i niepozostających w zatrudnieniu.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis osoby/osób
reprezentujących Organizatora)

Oświadczenie o braku bezpośrednich lub pośrednich powiązań z podmiotami wpisanymi na listę sankcyjną MSWiA

Oświadczam, że:

1. Nie widnieję na liście sankcyjnej MSWiA, o której mowa w art. 1 i art. 2 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2023 r. poz.129 ze zm.) oraz w wykazach określonych w rozporządzeniu Rady (WE) nr 765/2006 i rozporządzeniu Rady (We) nr 269/2014.
2. Mój beneficjent rzeczywisty (w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu) nie jest wpisany na listę sankcyjną MSWiA, o której mowa w art. 1 i art. 2 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2023 r. poz.129 ze zm. oraz w wykazach określonych w rozporządzeniu Rady (WE) nr 765/2006 i rozporządzeniu Rady (WE) nr 269/2014,
3. Moją jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości nie jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu Rady (WE) nr 765/2006 i rozporządzeniu Rady (WE) nr 269/2014 i nie jest ona wpisana na listę sankcyjną MSWiA, o której mowa w art. 1 i art. 2 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2023 r. poz.129 ze zm.)*.

* dot. spółek handlowych tylko wówczas gdy jest jednostką zależną w rozumieniu ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości

.....
(data)

.....
(czytelny podpis osoby/osób
reprezentujących Organizatora)

**OŚWIADCZENIE ORGANÓW PAŃSTWOWYCH,
ORGANÓW SAMORZĄDOWYCH
ORAZ INNYCH INSTYTUCJI PRAWA PUBLICZNEGO**

Uwaga!

Oświadczenie **nie dotyczy** wniosków składanych przez podmioty
prowadzące działalność gospodarczą.

.....
(nazwa instytucji)

działa na podstawie:
(tytuł)

z dnia

.....
(data)

.....
(czytelny podpis osoby/osób
reprezentujących Organizatora)

PROGRAM STAŻU

1. Nazwa zawodu lub specjalności, której dotyczy program (zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności):

.....

2. Dane kandydata do odbycia stażu (imię, nazwisko, PESEL lub data urodzenia) wskazanego przez organizatora (jeżeli Organizator posiada kandydata):

.....

.....

3. Miejsce odbywania stażu (dokładny adres):

.....

.....

Poniższe sformułowanie jest uzupełnieniem określenia miejsca odbywania stażu. Należy je zaznaczyć w przypadku odbywania stażu u pracodawcy, którego specyfika pracy opiera się na realizacji zleceń.

☐ **Każdorazowe miejsce wykonywania przez Organizatora zlecenia realizowanego w ramach prowadzonej działalności.**

5. System czasu pracy (z zachowaniem przepisów określonych w Kodeksie Pracy) dla stanowiska pracy:

5.1. Zmianowość:

5.2. Dni pracy:

5.3. Godziny pracy:

☐ jednozmianowy	☐ poniedziałek	☐ 7 – 15
☐ dwuzmianowy	☐ wtorek	☐ 6 – 14
☐ inny (podać jaki)	☐ środa	☐ 14 – 22
.....	☐ czwartek	☐ inne (podać jakie)
.....	☐ piątek	
.....	☐ sobota	
.....	☐ niedziela	

UWAGA!!!

- Czas pracy osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy i niepozostającej w zatrudnieniu odbywającej staż nie może przekraczać 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo, a osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy i niepozostającej w zatrudnieniu będącego osobą niepełnosprawną w stopniu znacznym lub umiarkowanym – 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo.
- Osoba niepełnosprawna poszukująca pracy i niepozostająca w zatrudnieniu nie może odbywać stażu w niedziele i święta, w porze nocnej lub w systemie pracy zmianowej ani w godzinach nadliczbowych.
- Urząd może wyrazić zgodę na realizację stażu w niedziele i święta lub w systemie pracy zmianowej, o ile charakter pracy w danym zawodzie wymaga takiego rozkładu czasu pracy.

5.4. Uzasadnienie potrzeby realizacji stażu w niedziele i święta lub w systemie pracy zmianowej:

.....

.....

.....

6. Zakres zadań wykonywanych przez osobę odbywającą staż (w tym konieczne przejście szkolenia BHP przed rozpoczęciem pracy):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:

.....

.....

.....

.....

Nabyte kwalifikacje lub umiejętności zawodowe zostaną potwierdzone na podstawie pisemnej opinii wydanej przez pracodawcę.

8. Dane opiekuna osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy i niepozostającej w zatrudnieniu odbywającej staż:

imię i nazwisko:

stanowisko:

wykształcenie:

telefon:

Opiekun osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy i niepozostającej w zatrudnieniu odbywającej staż może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż 3 osobami odbywającymi staż.

Zmiana programu stażu po zawarciu umowy może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej w postaci aneksu do umowy.

.....
(Urząd)

.....
(czytelny podpis osoby/osób
reprezentujących Organizatora)