Września, dnia ……………………

**Powiatowy Urząd Pracy**

**we Wrześni  
ul. Wojska Polskiego 2**

**62-300 Września**

## WNIOSEK

## 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, fax, e-mail ……………………………………………………………………………………………...

**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 urlopach wychowawczych oraz pracowników młodocianych zatrudnionych w celu przygotowania zawodowego)*

**3. Forma prawna** *(właściwe podkreślić):*

* os. fizyczna prowadząca działalność gospodarczą
* spółka akcyjna
* spółka cywilna
* spółka jawna
* spółka z o. o.
* przedsiębiorstwo państwowe
* spółdzielnia
* inna (jaka? )

……………………………………..

*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 posiada)***:**

………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………….

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



do



od

*dzień miesiąc rok 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. Skierowana przez Powiatowy Urząd Pracy osoba niepełnosprawna, poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu będzie odbywać staż na stanowisku zgodnym z klasyfikacją zawodów  
i specjalności (dostępną na stronie internetowej www.wrzesnia.praca.gov.pl – dokumenty do pobrania** 🡪 **zakładka pracodawcy i przedsiębiorcy** 🡪 **klasyfikacja zawodów i specjalności):**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**8. Po okresie stażu organizator** *(zaznaczyć właściwe i wpisać liczbę):*

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).

nie zapewnia zatrudnienia.

………………………………………….……………….

*(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 posiada)***:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

***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, w porze nocnej 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, w porze nocnej lub w systemie pracy zmianowej:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**6. Zakres zadań wykonywanych przez osobę odbywającą staż (w tym koniecznie 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: ……………………………………………………………

**OŚWIADCZENIA ORGANIZATORA**

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 k.k.) oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

**Ponadto oświadczam, że:**

* nie toczy się w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację,
* na bieżąco opłacam składki ZUS oraz opłaty z tytułu zobowiązań podatkowych do Urzędu Skarbowego,
* w okresie ostatnich 365 dni przed złożeniem wniosku nie byłem skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych i nie jestem objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie,
* 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 dotyczącymi organizacji staży przez Powiatowy Urząd Pracy we Wrześni.

**Przyjmuję do wiadomości, że:**

* **wnioski złożone bez kompletu wymaganych załączników, wypełnione na nieprawidłowym formularzu lub zawierające jakiekolwiek braki formalne ze szczególnym uwzględnieniem programu stażu, nie będą rozpatrywane - dotyczy to również wniosków przesyłanych pocztą**,
* jeżeli nie zostanie zawarta umowa w ciągu 60 dni od daty pozytywnego rozpatrzenia wniosku w związku z brakiem odpowiednich kandydatów wniosek zostanie wycofany z realizacji bez dodatkowego informowania Organizatora,
* 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 będącej 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 niedzielę i święta, w porze nocnej, w systemie pracy zmianowej ani w godzinach nadliczbowych,
* osobie niepełnosprawnej poszukującej pracy i niepozostającej w zatrudnieniu odbywającej staż przysługuje prawo do równego traktowania na zasadach przewidzianych w przepisach rozdziału II a w dziale pierwszym ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. – Kodeks Pracy,
* opiekun osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy i niepozostającej w zatrudnieniu odbywającej staż może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż 3 osobami odbywającymi staż,
* u organizatora stażu, który jest pracodawcą, staż mogą odbywać jednocześnie osoby bezrobotne i osoby niepełnosprawne poszukujące pracy i niepozostające w zatrudnieniu w liczbie nieprzekraczającej liczby pracowników zatrudnionych u organizatora w dniu składania wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy,
* u organizatora stażu, który nie jest pracodawcą, staż może odbywać jednocześnie jeden bezrobotny lub osoba niepełnosprawna poszukująca pracy i niepozostająca w zatrudnieniu.

...................................................................... …………..................................................................................

*Data czytelny podpis organizatora*

*(osoby uprawnionej do podpisania umowy)*

**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 Organizatora*

*(osoby uprawnionej do podpisania umowy)*