

Koło, dnia .....

.....  
(pieczęć Wnioskodawcy)

znak sprawy: ZA.AW. 5440-...../2016

WnSTAŻ/16/.....

**Starosta Kolski**  
**Dyrektor**  
**Powiatowego Urzędu Pracy w Kole**

## WNIOSEK

### o skierowanie bezrobotnego do odbycia stażu

#### Dane o wnioskodawcy:

1. Nazwa/Imię i nazwisko:.....
2. Adres siedziby: .....
3. Miejsce prowadzenia działalności: .....
4. NIP .....REGON .....
5. Rodzaj działalności wg PKD 2007 .....
6. Data rozpoczęcia działalności .....
7. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy: .....
- .....
8. Imię i nazwisko oraz nr telefonu osoby do kontaktów roboczych: .....
- .....
9. Forma prawna: .....
- (przedsiębiorstwo państwowe, spółdzielnia, spółka akcyjna, spółka z o.o., spółka cywilna, działalność indywidualna, jednostka budżetowa, osoba fizyczna prowadząca gospodarstwo rolne, itp.)
10. Forma opodatkowania: .....
- (karta podatkowa, księga przychodów i rozchodów (18%,19%,30%,32%,40%), pełna księgowość (18%,19%,30%,32%,40%), ryczałt od przychodów ewidencjonowanych, (17%, 20%, 3%, 5,5%, 8,5%) inna).

#### UWAGA:

W celu właściwego wypełnienia wniosku, prosimy o staranne jego przeczytanie. **Wszystkie punkty powinny być wypełnione lub należy wpisać „nie dotyczy”**. Wniosek należy wypełnić czytelnie. Sam fakt złożenia wniosku nie gwarantuje skierowania bezrobotnego na staż. Wnioski złożone bez kompletu załączników bądź zawierające braki formalne będą rozpatrywane po ich uzupełnieniu. Jeżeli nie zostanie zawarta umowa w ciągu **30 dni** od daty otrzymania pisma dot. pozytywnego rozpatrzenia wniosku, w związku z brakiem odpowiednich kandydatów, wniosek zostanie wycofany z realizacji bez dodatkowego informowania Wnioskodawcy.

## I. INFORMACJE OGÓLNE

1. Korzystanie ze środków Funduszu Pracy w ramach poszczególnych form aktywizacji w okresie ostatnich 4 lat poprzedzających miesiąc złożenia wniosku.

Nazwa formy aktywizacji	Nr umowy	Czas trwania umowy		Liczba osób objętych aktywizacją wg umowy	Liczba osób z kol. 5, które zostały zatrudnione po zakończeniu umowy	
		od	do		na czas określony	na czas nie określony
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
Jednorazowe środki na rozpoczęcie dział. gosp.						
Prace Interwencyjne						
Refundacja kosztów wyposażenia/doposażenia stanowisk pracy						
Szkolenia						
Staż						

2. Stan zatrudnienia na 3 miesiące przed miesiącem złożeniem wniosku i na dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy (z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku).

Lp.	Miesiąc, rok	Liczba zatrudnionych pracowników			Liczba pracowników zatrudnionych na umowy zlecenia	Liczba stażystów ogółem *
		ogółem	w tym:			
			na czas określony	na czas nie określony		
1.						
2.						
3.						
4.	na dzień złożenia w PUP wniosku, tj. .....					

**Zatrudnienie** - oznacza to wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego oraz umowy o pracę nakładczą (art. 2 ust. 1 pkt 43 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy - tekst jednolity Dz. U. z 2015 r., poz. 149 z późn. zm.).

**Do zatrudnionych pracowników nie wlicza się:**

- uczniów, którzy zawarli z zakładem pracy umowę o naukę zawodu lub przyuczenie do wykonywania określonej pracy,
- osób zatrudnionych na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło.

\* dotyczy stażu zorganizowanego przez Powiatowe Urzędy Pracy, wynikającego z Ustawy dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r., poz. 149 z późn. zm.).

## II. DANE DOTYCZĄCE SKIEROWANIA BEZROBOTNEGO(YCH) NA STAŻ .

1. Na podstawie rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz. U. Nr 142, poz. 1160) proszę o skierowanie na staż ..... bezrobotnego(ych) (imię i nazwisko oraz data urodzenia kandydata/ów).....  
.....  
od dnia ..... do dnia .....  
celem nabycia przez niego(ch) umiejętności praktycznych umożliwiających jemu(im) samodzielne wykonywanie pracy po zakończeniu stażu .
2. Charakterystyka stażu:
  - 1) lokalizacja miejsca odbywania stażu (dokładny adres miejsca odbywania stażu):  
.....  
.....  
.....;
  - 2) możliwość zakwaterowania lub dowozu do miejsca pracy:  
.....;
  - 3) uprawnienia i świadczenia jakie będą przysługiwać skierowanemu(ym) bezrobotnemu(ym):  
.....  
.....;
  - 4) przebieg stażu – wg załączonego do wniosku programu stażu;
  - 5) wymagania wnioskodawcy dotyczące bezrobotnego(ych):
    - a) minimalne kwalifikacje oraz poziom wykształcenia: .....
    - b) wymagania dot. predyspozycji psychofizycznych i zdrowotnych: .....
    - c) czas pracy bezrobotnego:
      - od godz. .... do godz. ....
      - od godz. .... do godz. ....
      - okres rozliczeniowy:.....
    - d) bezrobotny(i) będzie(będą) odbywać staż:
      - w niedziele i święta.....\*;
      - w porze nocnej:.....\*;
      - w systemie zmianowym (ilu zmianowym?): .....\*;
      - w godzinach nadliczbowych .....\*

## POZOSTAŁE INFORMACJE

1. Wnioskodawca oświadcza, iż wymagane/nie wymagane\* będą badania lekarskie potwierdzające zdolność bezrobotnego(ych) do wykonywania pracy na stanowisku(ach) wskazanym(ch) w programie stażu.

Rodzaje badań:

- profilaktyczne(potwierdzające zdolność do pracy)\*;
- sanitarno - epidemiologiczne\*;
- inne (jakie?): .....\*

2. Wnioskodawca deklaruje, że po upływie okresu odbywania stażu zostanie(a) zatrudniona(e) ..... (podać liczbę) osoba(osób) na okres ..... (podać w miesiącach, latach).

3. **Oświadczam, że:**

1. Nie zalegam/ zalegam\* z płatnościami w ZUS lub KRUS;
2. Dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.
3. Jestem(śmy) świadomy(mi) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń (art. 233 § 1 Kodeksu Karnego)
4. Zostałem(am) poinformowany(a), że Administratorem moich danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy z siedzibą w Kole, ul. Sienkiewicza 27, 62-600 Koło. Dane osobowe podane we wniosku będą przetwarzane w celu realizacji celów wynikających z ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy ( tekstu jednolity Dz. U. z 2015r. poz. 149 z póź.zm.), a także posiadam prawo dostępu do treści moich danych osobowych oraz możliwości ich poprawiania.

....., dnia .....

.....  
(podpis i pieczęć Wnioskodawcy)

(\* niepotrzebne skreślić)

### **ZAŁĄCZNIKI: Dla pracodawców i przedsiębiorców:**

- Program stażu zawierający harmonogram praktycznego wykonywania przez bezrobotnego czynności lub zadań w okresie odbywania stażu, wg załączonego wzoru (Załącznik Nr 1).

### **ZAŁĄCZNIKI DO WGLĄDU:**

- Dokument określający osoby reprezentujące wnioskodawcę upoważnione do zawierania umów, np. umowa spółki, statut organizacyjny, postanowienie sądu o wpisie spółki do rejestru handlowego plus wyciąg z rejestru.

### **Podstawa prawna:**

1. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r., poz. 149 z późn. zm.).
2. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz. U. Nr 142, poz. 1160).

**PROGRAM STAŻU**

sporządzony w dniu ..... przez:

Wnioskodawcę .....

reprezentowanego przez .....

1. Wnioskodawca wskazuje na opiekuna(ów) osoby(osób) skierowanej(ych) na staż i odpowiedzialnej(ych) za prawidłową realizację programu stażu:

pracownika(ów) .....

zajmującego(ych) stanowisko(a) .....

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

2. Wnioskodawca wnioskuje o skierowanie bezrobotnego(ych) na staż:

a) nazwa zawodu lub specjalności zgodnie ze strukturą klasyfikacji zawodów i specjalności (Rozporządzenie 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 2014r. poz.1145)

.....

b) nazwa komórki organizacyjnej: .....

c) nazwa stanowiska pracy: .....

d)harmonogram praktycznego wykonywania przez bezrobotnego(nych) zadań:

Okres stażu (miesiące, etapy realizacji zadań)	Rodzaj wykonywanych zajęć
1	2

--	--

- e) rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych: .....
- f) sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych: (np. poprzez opinię wnioskodawcy).....

Zgodnie z art. 53 ust. 4 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r., poz. 149 z późn. zm.) program stażu powinien określać:

- 1) nazwę zawodu lub specjalności, której program dotyczy;
- 2) zakres zadań wykonywanych przez bezrobotnego;
- 3) rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych;
- 4) sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych;
- 5) opiekuna osoby objętej programem stażu.

Strony zgodnie oświadczają, iż realizacja w/w programu stażu, umożliwi bezrobotnemu(ym) samodzielne wykonywanie pracy na danym stanowisku lub w zawodzie, po zakończeniu stażu .

**Zmiana programu może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej w postaci aneksu do zawartej umowy.**

.....  
(podpis i pieczęć Wnioskodawcy)

**WYPEŁNIA POWIATOWY URZĄD PRACY W KOLE**

I. 1).Opinia Kierownika Działu Promocji Zatrudnienia i Instytucji Rynku Pracy.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

2). Uwagi do wniosku:

Bezrobotny(i) może(gą)/nie może (gą)\* odbywać staż:

- w niedziele i święta..... ;
- w porze nocnej:.....;
- w systemie zmianowym (ilu zmianowym?): .....;
- w godzinach nadliczbowych .....;

(\*niepotrzebne skreślić)

3). Wniosek należy uzupełnić o:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(data, podpis i pieczęć)

II. Opinia Zastępcy Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy.

---

---

---

\_\_\_\_\_  
(data, podpis i pieczęć)

## DECYZJA DYREKTORA POWIATOWEGO URZĘDU PRACY

I. Postanawiam zawrzeć umowę o zorganizowanie stażu z:

\_\_\_\_\_

na następujących warunkach:

a) ilość zorganizowanych miejsc pracy \_\_\_\_\_

b) czas trwania stażu \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

II. Odmawiam zorganizowania stażu:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

III. Wniosek należy uzupełnić o brakujące dokumenty:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

Koło, dnia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(podpis Dyrektora PUP)