

3. Liczba osób aktualnie odbywających staż w tym:
- w ramach umów o staż zawartych w PUP w Trzebnicy
 - w ramach umów o staż zawartych w innych powiatowych urzędach pracy

III. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZOWANEGO STAŻU

1. Liczba osób przewidzianych na staż:
2. Proponowany okres odbywania stażu (nie krótszy niż 3 m-ce) od do.....
3. Imię i nazwisko kandydata/kandydatów
-

4. Wymagane kwalifikacje bezrobotnego/bezrobotnych
- wykształcenie
 - predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne:
 - minimalne kwalifikacje niezbędne do podjęcia stażu:
 -

5. Przewidziana nazwa zawodu/zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności – dostępna na stronie www.psz.praca.gov.pl
- nazwa zawodu
 - stanowisko

6. Zmianowość*, godziny odbywania stażu: od do

*Czas pracy bezrobotnego odbywającego staż nie może przekroczyć 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo, a bezrobotnego będącego osobą niepełnosprawną zaliczoną do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności – 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo, przez 5 dni w tygodniu w okresie rozliczeniowym.

Bezrobotny nie może odbywać stażu w niedzielę i święta, w porze nocnej, w systemie pracy zmianowej ani w godzinach nadliczbowych.

7. Miejsce odbywania stażu (adres)
-

UWAGA!

Przed rozpatrzeniem wniosku może zostać przeprowadzona wizyta kontrolna w wyżej wskazanym miejscu celem weryfikacji planowanego stanowiska dla stażysty.

8. Informacja o występowaniu czynników szkodliwych lub warunków uciążliwych:

- Praca na wysokości (powyżej 3 metrów) **TAK** **NIE**
- Obsługa komputera **TAK** **NIE**
- Inne czynniki (pył przemysłowy, czynniki toksyczne, czynniki chemiczne)

.....

TAK **NIE**

9. Dane osobowe opiekuna/ów osoby/osób bezrobotnej/-ych sprawującego/-ych nadzór nad odbywaniem stażu:

nazwa stanowiska dla stażysty	liczba stażystów	Imię i nazwisko opiekuna	stanowisko opiekuna

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

10. Zobowiązujemy się do zatrudnienia osoby/osób bezrobotnej/-ych po okresie odbywania stażu na czas w pełnym wymiarze czasu pracy.

IV. OSOBA UPOWAŻNIONA DO PODPISANIA UMOWY

- imię i nazwisko.....
- stanowisko.....

Oświadczam, że:

Zalegam/nie zalegam* z opłacaniem:

- składek na ubezpieczenia społeczne,
- składek na ubezpieczenia zdrowotne,
- składek na Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.

Posiadam/nie posiadam*:

- zadłużenia w Urzędzie Skarbowym z tytułu zobowiązań podatkowych,
- nie toczy się w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację,
- w okresie do 365 dni przed dniem złożenia wniosku nie zostałem ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy i nie jestem objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(miejsowość i data)

.....
(pieczętka i podpis organizatora)

UWAGA:

1. Wymienione niżej załączniki są niezbędne do rozpatrzenia wniosku.
2. Termin rozpatrzenia wniosku liczony będzie od dnia dostarczenia kompletu załączników.
3. Kserokopie przedkładanych dokumentów powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem wraz z imiennym podpisem i pieczęcią firmy, w przypadku braku potwierdzenia należy okazać oryginał dokumentu do wglądu.

ZAŁĄCZNIKI:

1. Program stażu (2 egzemplarze),
2. Kserokopia umowy spółki (w przypadku spółki cywilnej) oraz dokumenty rejestracyjne wszystkich wspólników,
3. Kserokopia KRS (w przypadku spółek prawa handlowego, stowarzyszeń, fundacji),
4. Kserokopie dokumentu potwierdzającego pełnomocnictwo osoby do reprezentacji (akt mianowania lub powołania, upoważnienia).

Wnioski złożone bez kompletu załączników bądź zawierające braki formalne nie będą rozpatrywane.

➤ wypełnia Dział Pośrednictwa Powiatowego Urzędu Pracy:

- **Pracodawca** spełnił warunki umów zawartych z PUP w okresie ostatnich 24 m-cy przed datą złożenia wniosku TAK NIE
- Dane organizatora zawarte we wniosku zweryfikowano na podstawie informacji zawartych w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej/Krajowym Rejestrze Sądowym w dniu

Wskazane do skierowania osoby bezrobotne – Profil Pomocy

..... -
(nazwisko i imię)

..... -
(nazwisko i imię)

..... -
(nazwisko i imię)

Wniosek rozpatrzono: pozytywnie/negatywnie

.....
(data)

.....
(podpis pracownika Działu Pośrednictwa CAZ)

