

.....
(pieczęć Organizatora stażu)

Nr sprawy:
RRZON.II.2.7300.

Prezydent Miasta Szczecin
za pośrednictwem
Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy
w **Szczecinie**

WNIOSEK

o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu dla osoby niepełnosprawnej, posiadającej status poszukującego pracy, niepozostającej w zatrudnieniu

Na podstawie art. 11 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 2046 tekst jedn. ze zm.) w związku z art. 53 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2017 r. poz. 1065 tekst jedn. ze zm.) oraz w związku z § 1 ust. 1 rozporządzenia MPiPS z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz. U. z 2009 r. Nr 142, poz. 1160) w n i o s k u j ę o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu w pełnym wymiarze czasu pracy dla osoby niepełnosprawnej zarejestrowanej w powiatowym urzędzie pracy, posiadającej status poszukującego pracy, niepozostającej w zatrudnieniu.

I. Dane organizatora stażu (pracodawcy):

– firma (nazwa) lub imię i nazwisko

.....

– adres

– telefon, fax, e-mail

– NIP PKD forma prawna¹

– dane osoby upoważnionej do kontaktu z Urzędem Pracy:

imię i nazwisko.....

telefon kontaktowy.....

– liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy

– liczba przewidywanych miejsc pracy, na których skierowane osoby będą odbywać staż

– liczba osób skierowanych przez powiatowy urząd pracy aktualnie odbywających staż

¹ przedsiębiorstwo państwowe, spółdzielnia, spółka prawa handlowego, spółka cywilna, indywidualna działalność gospodarcza, jednostka budżetowa

II. Dane osoby upoważnionej do zawarcia umowy:

- imię i nazwisko
- stanowisko służbowe
- telefon kontaktowy
- dokładny adres zamieszkania

III. Dane opiekuna, który udzielać będzie osobie odbywającej staż wskazówek i pomocy w wypełnianiu powierzonych zadań:

- imię i nazwisko opiekuna
- zajmowane stanowisko
- liczba stażystów będących pod opieką w dniu złożenia wniosku.....

IV. Proponowany okres odbywania stażu (nie krótszy niż 3 miesiące):

od do

V. Informacje dotyczące miejsca stażowego:

- nazwa działu/wydziału organizacyjnego.....
- nazwa stanowiska pracy
- nazwa i kod zawodu lub specjalności, zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy²
- wymagania dotyczące poziomu wykształcenia, minimalnych kwalifikacji oraz predyspozycji psychofizycznych i zdrowotnych niezbędnych do podjęcia stażu przez kierowaną osobę na danym stanowisku pracy

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

² rozporządzenie MPiPS z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U.2018 r., poz. 227).

– dokładny adres miejsca odbywania stażu (ulica, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość)

.....
.....

VI. Wskazana przez organizatora osoba, która zostanie przyjęta na staż:*

– imię i nazwisko

– PESEL:

* Osoba niepełnosprawna posiadająca status poszukującego pracy, niepozostająca w zatrudnieniu nie może odbywać stażu u tego samego organizatora na tym samym stanowisku, na którym wcześniej odbywał staż, przygotowanie zawodowe w miejscu pracy lub przygotowanie zawodowe dorosłych.

INFORMACJE DODATKOWE:

Czy organizator stażu zamierza powierzyć osobie niepełnosprawnej odpowiednią pracę po ukończeniu przez nią stażu? **TAK / NIE** (niepotrzebne skreślić)

OŚWIADCZENIA ORGANIZATORA STAŻU (PRACODAWCY)

1. Oświadczam, że w okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia niniejszego wniosku o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu składający niniejszy wniosek nie został ukarany ani skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy, ani też nie jest objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.
2. Oświadczam, że w stosunku do składającego wniosek nie toczy się postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.
3. Oświadczam, że składający wniosek nie zalega z opłacaniem w terminie podatków i składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne oraz na inne obowiązkowe fundusze.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy.

.....
(data i podpis Organizatora stażu)

OBYWIAZUJĄCE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

1. Program stażu dla każdego stanowiska pracy.
2. Kopia aktualnego dokumentu poświadczającego formę prawną podmiotu (nie dotyczy podmiotów, które widnieją w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub w Krajowym Rejestrze Sądowym).
3. Kserokopię poświadczoną za zgodność z oryginałem pełnomocnictwa lub upoważnienia osoby lub osób uprawnionych do podpisywania umowy.

PROGRAM STAŻU
dla osoby niepełnosprawnej, posiadającej status poszukującego pracy, niepozostającej
w zatrudnieniu

1. Nazwa zawodu (zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności):.....
.....

2. Nazwa stanowiska:

3. Opiekun stażysty :

- imię i nazwisko
- zajmowane stanowisko
- telefon służbowy

4. Zakres zadań zawodowych wykonywanych przez skierowaną osobę niepełnosprawną:

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

5. Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:

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

6. Sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:

.....

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

.....
(podpis i pieczęć Organizatora)

.....
(PUP Szczecin)

Oświadczam iż zapoznałem/am się z programem stażu:

.....
(podpis stażysty)