

**WNIOSEK
ZAKŁADU PRACY
dotyczący organizacji
stażu**

**dla skierowanych bezrobotnych do 25 roku życia
/nie mających doświadczenia w miejscu pracy/**

A. DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY

Nazwa zakładu

Adres Nr telefonu
Fax
e-mail

Forma prawna prowadzonej działalności

Rodzaj działalności

Data rozpoczęcia działalności

Wielkość przedsiębiorcy*

Numer REGON NIP

Liczba zatrudnionych pracowników osób (wg stanu na dzień złożenia wniosku)

Imię i nazwisko osoby reprezentującej pracodawcę (**zgodnie z dokumentacją rejestracyjną**)

1. Imię i nazwisko Funkcja

2. Imię i nazwisko Funkcja

**B. DANE DOTYCZĄCE SKIEROWANIA BEZROBOTNYCH DO ODBYCIA STAŻU
U PRACODAWCY**

Wnioskowana liczba stażystów osób w tym:

na stanowisku osób

na stanowisku osób

na stanowisku osób

Przewidywana liczba skierowanych bezrobotnych do zatrudnienia po zakończeniu odbywania

stażu osób w tym:

na stanowisku osób

na stanowisku osób

na stanowisku osób

Miejsce wykonywania pracy w ramach stażu /adres/

* Ustawa z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej Dz. U. Nr 173, poz. 1807.

C. DANE PRACOWNIKA WYZNACZONEGO NA OPIEKUNA BEZROBOTNEGO

Imię i nazwisko: wykształcenie

Stanowisko pracy tel. stacjonarny

D. DANE PRACOWNIKA WYZNACZONEGO DO KONTAKTU Z URZĘDEM PRACY W SPRAWACH DOTYCZĄCYCH WARUNKÓW ORGANIZACJI STAŻU

Imię i nazwisko: tel. stacjonarny

Stanowisko pracy

Dokumenty stanowiące integralną część wniosku:

1. Uwierzytelniona kserokopia aktualnego dokumentu stwierdzającego status prawny prowadzonej działalności. Umowa spółki cywilnej oraz dokumenty rejestracyjne wszystkich współników, jeżeli wniosek składa spółka cywilna.
2. Uwierzytelniona kserokopia aktualnego dokumentu potwierdzającego prowadzenie działalności w miejscu odbywania stażu.
3. Uwierzytelniona kserokopia koncesji, licencji lub zezwolenia, jeżeli profil prowadzonej działalności tego wymaga.
4. Uwierzytelniona kserokopia aktualnego zaświadczenia o numerze REGON.
5. Oryginał lub uwierzytelniona kserokopia aktualnego zaświadczenia z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o nie zaleganiu w odprowadzaniu składek na ubezpieczenie społeczne.
6. Uwierzytelniona kserokopia deklaracji ZUS DRA za miesiąc poprzedzający dzień złożenia wniosku (dotyczy podmiotów nie będących przedsiębiorcami zgodnie z ustawą z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej /Dz. U. z 2004 roku Nr 173, poz. 1807/).
7. Program stażu zawierający opis zadań jakie będą wykonywane podczas stażu w zaproponowanym okresie, zawodzie i stanowisku (dla każdego stanowiska odrębny program).
8. Uwierzytelniona kserokopia pełnomocnictwa do reprezentowania Pracodawcy. Pełnomocnictwo nie jest wymagane, jeżeli osoba podpisująca wniosek i umowę jest upoważniona z imienia i nazwiska do reprezentowania Pracodawcy w odnośnym dokumencie rejestracyjnym.

Powiatowy Urząd Pracy w terminie jednego miesiąca od dnia otrzymania kompletnego wniosku pracodawcy informuje go o sposobie jego rozpatrzenia.

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. Nr 99, poz. 1001 z późniejszymi zmianami).
2. Rozporządzenie MGiP z dnia 24 sierpnia 2004 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu oraz przygotowania zawodowego w miejscu pracy (Dz. U. Nr 185, poz. 1912).

D. DANE DOTYCZĄCE WSPÓŁPRACY Z POWIATOWYM URZĘDEM PRACY WE WROCŁAWIU

Informacja o wcześniejszym korzystaniu z formy stażu:

Lp.	Numer umowy	Liczba bezrobotnych przyjętych na staż	Ilość bezrobotnych zatrudnionych po zakończeniu stażu
1.			
2.			
3.			
4.			

Informacja o korzystaniu z form subwencji z Funduszu Pracy (prace interwencyjne, robotny publiczne, pożyczki, szkolenia pracowników)

Nazwa programu	Numer umowy	Czas trwania umowy		Ilość zatrudnionych w ramach umów	Liczba osób zatrudnionych po zakończeniu refundacji		Przyczyny zwolnień pracowników
		od	do		na czas określony	na czas nieokreślony	
1	2	3	4	5	6	7	8

.....
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej)

.....
pieczęć firmowa

Załącznik nr
do umowy nr, z dnia

PROGRAM STAŻU

w zawodzie (zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności)- wypełnia PUP

w komórce organizacyjnej

na stanowisku pracy

Liczba stażystów osób,

Staż w systemie pracy: (1 zmiana, 2 zmiany, inny, praca w ruchu ciągłym)

Godziny pracy: od..... do.....(pełny wymiar czasu pracy obowiązujący na danym stanowisku lub w zawodzie)

Okres odbywania stażu (w miesiącach)

Pożądane kwalifikacje jakie musi spełniać kierowana osoba:

a – kierunek wykształcenia.

b – poziom wykształcenia

c – dodatkowe wymagania stawiane kandydatom:

Informacja o występowaniu czynników szkodliwych lub warunków uciążliwych mających wpływ na zakres badań wstępnych pozwalających na wydanie orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do odbywania stażu na danym stanowisku (Rozporządzenie MZ i OS z dnia 30.05.96r. Dz. U. Nr 69, poz. 332 z późniejszymi zmianami):

I. Czynniki fizyczne (jakie?)

II. Pył przemysłowy (jaki?)

III. Czynniki toksyczne (jakie?)

IV. Czynniki biologiczne (jakie?).....

V. Inne czynniki (jakie? np. obsługa komputera)

.....
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej)

OPIS ZADAŃ JAKIE BĘDĄ WYKONYWANE PODCZAS STAŻU

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(podpis i pieczęć Dyrektora PUP)

.....
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej)

DANE BEZROBOTNEGO PROPONOWANEGO PRZEZ PRACODAWCĘ DO ODBYCIA STAŻU*

1. Imię i nazwisko.....

2. Adres zamieszkania

3. PESEL

.....
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej)

* wypełnić w przypadku posiadania kandydata do odbycia stażu