



Nr ewidencyjny wniosku**

OfPr/ ____/_____
WnStaz/____/_____
UmStaz/____/_____

STAROSTA SUWALSKI

W N I O S E K

o zorganizowanie stażu osobom bezrobotnym zarejestrowanym w PUP w Suwałkach w ramach projektu

Aktywizacja osób młodych pozostających bez pracy w powiecie suwalskim i mieście Suwałki (II)

1. Dane organizatora:

- a) nazwa firmy lub imię i nazwisko
- b) adres siedziby.....
- c) miejsce prowadzenia działalności
- d) telefon fax, e-mail
- e) forma prawna
- f) rodzaj działalności
- g) data rozpoczęcia działalności
- h) liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy.....
w tym zatrudnionych: na czas określony
na czas nieokreślony
- i) liczba stażystów odbywających staż na dzień złożenia wniosku.....
- j) NIP.....REGON.....PKD 2007.....
- k) imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania organizatora:
.....

2. Dane opiekuna bezrobotnego(ych) objętego(ych) programem stażu:

Lp.	Imię i nazwisko opiekuna	Stanowisko	Wykształcenie
1			
2			

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

3. Wnioskowany okres odbywania stażu:

..... tj. od.....do.....liczba osób.....

4. Miejsce odbywania stażu (adres).....

5. Opis (zakres) zadań jakie będą wykonywane podczas stażu przez bezrobotnego:

- a) nazwa i kod zawodu lub specjalność.....
zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności- Rozporządzenie MPiPS z 07.08.2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U z .2014 poz.1145)
- b) nazwa komórki organizacyjnej i stanowiska pracy.....

6. Wymagania dotyczące bezrobotnych:

- a) predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne
- b) poziom wykształcenia
- c) minimalne kwalifikacje niezbędne do podjęcia stażu

d) czy istnieje potrzeba skierowania bezrobotnego(ych) na:

-
- badania lekarskie mające na celu stwierdzenie jego zdolności do wykonywania stażu – **TAK/NIE***
- na badania lekarskie, wymagane w przepisach odrębnych (np. sanitarno-epidemiologiczne) **TAK/NIE***

7. Czynności wykonywane przez bezrobotnych w trakcie odbywania stażu będą:

- w godzinach od.....do.....
- w porze nocnej –**TAK/NIE***
- w systemie pracy zmianowej –**TAK/NIE***
- w niedziele i święta –**TAK/NIE***
- szkodliwe lub uciążliwe dla zdrowia –**TAK/NIE***

8. Czy zakład pracy jest w stanie likwidacji lub upadłości? – **TAK/NIE***

9. Po upływie okresu stażu zobowiązuję się:

- * do zatrudnienia osoby(ób) bezrobotnej(ych) na **umowę o pracę** na okres.....
lub
- * do powierzenia pracy osobie(om) bezrobotnej(ym) na **umowę zlecenie** na okres.....
z wynagrodzeniem(brutto) za każdy miesiąc.

10. Osoby bezrobotne proponowane do odbycia stażu:

Lp.	Imię i nazwisko	PESEL	telefon	wnioskowane stanowisko
1				
2				

11. **Zalegam/ nie zalegam*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.

Znane są mi przepisy Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz.U. 2015.r.,poz.149 z póź.zm..) oraz Rozporządzenie MPiPS z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz.U. z 2009 nr 142 poz. 1160)

* - niepotrzebne skreślić

** - wypełnia PUP

Suwalki, dn.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie we wniosku danych niezgodnych z prawdą oraz za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(Główny Księgowy, inna osoba
prowadząca dokumentację księgową)
pieczętka i podpis czytelny

.....
(Właściciel, Dyrektor, Prezes)
pieczętka i podpis czytelny

Załączniki:

1. **Program stażu** – precyzujący zakres zadań zawodowych do wykonania przez bezrobotnego i nabywane przez niego umiejętności (**Załącznik nr 1**);

Pouczenie:

Urząd wyznaczy Wnioskodawcy co najmniej 7-dniowy termin na uzupełnienie wniosku w przypadku, gdy wniosek zostanie wypełniony nieczytelnie lub nie zawiera pełnych, wymaganych informacji bądź kompletu załączników. Wnioski nieuzupełnione we wskazanym terminie pozostawia się bez rozpatrzenia.

Wiarygodność informacji podanych we wniosku i w załączonych do niego dokumentach potwierdzam(my) własnoręcznym podpisem. Świadomy(mi) odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 Kodeksu karnego jednocześnie oświadczam(my), że informacje zawarte we Wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęć i podpis Organizatora stażu)
lub osoby upoważnionej do
reprezentowania Wnioskodawcy

OPINIA PUP **

Wniosek został rozpatrzony negatywnie/pozytywnie* i (nie)* przyjęty do realizacji na posiedzeniu Komisji w dniu.....na staż dla.....osób/osoby*

na okres.....

z powodu

* - niepotrzebne skreślić

** - wypełnia PUP

