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

 pieczęć Organizatora stażu data wpływu wniosku

do PUP w Kędzierzynie-Koźlu

**WNIOSEK**

**O ZAWARCIE UMOWY O ZORGANIZOWANIE STAŻU**

**(dla jednej osoby)**

*na zasadach określonych w art. 114 – 124 oraz art. 235 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy
 i służbach zatrudnienia oraz* [*rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009 r.
w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych*](https://kedzierzyn-kozle.praca.gov.pl/rynek-pracy/akty-prawne/przepis-wykonawczy/-/asset_publisher/ooFZe74uvLDb/content/129363-szczegolowe-warunki-odbywania-stazu-przez-bezrobotnych/10240)

**I DANE DOTYCZĄCE ORGANIZATORA:**

**1. Pełna nazwa pracodawcy lub imię i nazwisko**……………………………………….…..

NIP\*………………………………….…… REGON\*……………………………………..

Nr telefonu………………………………. e-mail……………………...………………….

adres e-Doręczeń …………………………………………………………………………

\*w przypadku osoby fizycznej nieposiadającej NIP ani REGON *(nie wypełniać jeśli nie dotyczy)\**

Nr PESEL ………………………, data i miejsce urodzenia, rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość …...……………………………………………………………….

**2. Dane osoby wskazanej do kontaktu z Urzędem:**

……................................................. ……………………… ….…………………………..

(nazwisko i imię) (nr telefonu) (stanowisko)

**3. Adres siedziby:** …………………………………………………………………...…………..

……………………………………………………………………………………………………….

**4. Adres miejsca prowadzenia działalności:** *(jeśli jest inny niż siedziby)*.………………………..

……………………………………………………………….………………………………………

**5. Adres do korespondencji:** *(jeśli jest inny niż siedziby)*……….…………………………………..

……………………………………………………………………………………………………….

**6. Forma prawna prowadzonej działalności:** *(zaznaczyć właściwą)*

□ jednoosobowa działalność gospodarcza

□ spółka cywilna

□ spółka kapitałowa *(np. spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, spółka akcyjna)*

□ spółka osobowe *(np. jawna, partnerska, komandytowa)*

□ inna *(podać jaka)* ……………………………………………………………………..

**7. Kod PKD** (przeważające)………………...…………………………………………………………

**8. Data rozpoczęcia/ wznowienia działalności**………………………………………………

**9. Dane osób upoważnionych do reprezentowania organizatora** *(zgodnie z danymi rejestrowymi lub odrębnymi pełnomocnictwami):*

……................................................. …………………………… ……………………………

(nazwisko i imię) (Nr PESEL) (stanowisko)

……................................................. …………………………… …………………………….

(nazwisko i imię) (Nr PESEL) (stanowisko)

**II STAN ZATRUDNIENIA U ORGANIZATORA ORAZ WSPÓŁPRACA
Z POWIATOWYM URZĘDEM PRACY W KĘDZIERZYNIE-KOŹLU:**

**1. Liczba pracowników zatrudnionych na umowę o pracę w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy**\*:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | miesiąc i rok | Liczba zatrudnionych pracowników na umowę o pracę w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy |
| Liczba pracowników **6** miesięcy przed złożeniem wniosku |  |  |
| Liczba pracowników **5** miesięcy przed złożeniem wniosku |  |  |
| Liczba pracowników **4** miesiące przed złożeniem wniosku |  |  |
| Liczba pracowników **3** miesiące przed złożeniem wniosku |  |  |
| Liczba pracowników **2** miesiące przed złożeniem wniosku |  |  |
| Liczba pracowników **1** miesiąc przed złożeniem wniosku |  |  |
| **Liczba pracowników w dniu złożenia wniosku** |  |  |

**\*** *w przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia powyżej 10% proszę podać przyczynę*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**2. Liczba osób bezrobotnych odbywających staż w dniu złożenia wniosku:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| OGÓŁEM | w ramach umów zawartych w PUP Kędzierzyn - Koźle | w ramach umów zawartych w innych powiatowych urzędach pracy |
|  |  |  |

**3. Dotychczasowa współpraca z Powiatowym Urzędem Pracy w Kędzierzynie-Koźlu** *(ostatnie 2 lata):*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Forma wsparcia | liczba zorganizowanych miejsc pracy | w jakim okresie(lata) | liczba osób zatrudnionych po wygaśnięciu umowy |
| **STAŻE**  |  |  |  |
| **DOPOSAŻENIE STANOWISKA PRACY** |  |  |  |
| **DOTACJA** |  |  |  |
| **PRACE INTERWENCYJNE** |  |  |  |
| **INNE (podać jakie)** |  |  |  |

**III OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA**

**1.** **Oświadczam, że**:

* dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym,
* prowadziłem/ łam działalność gospodarczą przez okres co najmniej 3 miesięcy przed dniem złożenia wniosku,
* w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku nie zostałem/łam skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych i nie jest objęty/a postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.
* zapoznałem/ łam się z dokumentem Powiatowego Urzędu Pracy w Kędzierzynie Koźlu „Regulamin i kryteria określające warunki odbywania u organizatora stażu”.
* osoba wskazana do kontaktu oraz opiekun osoby bezrobotnej zostali zapoznani z treścią „Regulaminu i kryteriów określających warunki odbywania u organizatora stażu”,
* skieruję bezrobotnego przed powierzeniem wykonania zadań przewidzianych programem stażu, na własny koszt, na wstępne badania lekarskie, na zasadach przewidzianych dla pracowników, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 229 § 8 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy,
* przedstawię orzeczenie lekarskie, o którym mowa powyżej w PUP celem ustalenia terminu podpisania umowy trójstronnej i rozpoczęcia stażu.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia
(art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny)

 ***........................................................***

 **podpis i pieczątka Organizatora**

**Załączniki do wniosku:**

1. Program stażu;
2. Informacja o zasadach przetwarzania danych osobowych;
3. Oświadczenie wnioskodawcy o braku przesłanek wykluczających udzielenie wsparcia;
4. W przypadku spółki cywilnej kserokopia umowy spółki cywilnej *(kserokopie dokumentów muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez wnioskodawcę)*;
5. Pełnomocnictwo do reprezentowania pracodawcy udzielone przez osoby uprawnione, jeżeli wniosek
i umowę podpisuje inna osoba, niż upoważniona do reprezentowania pracodawcy w dokumentach rejestrowych;
6. Kserokopia dokumentu potwierdzającego prawo do lokalu *(w przypadku, gdy adres odbywania stażu nie figuruje w danych rejestrowych)*

**załącznik 1**

**PROGRAM STAŻU**

**1. Liczba przewidywanych miejsc odbywania stażu: 1**

**2. Proponowany okres odbywania stażu:**

 6 miesięcy  inny *(minimum 3 maksymalnie 6 miesięcy)*………….…...……

**3. Forma realizacji stażu:**

  stacjonarny  zdalny\*  hybrydowy\*

\**W przypadku stażu realizowanego zdalnie lub hybrydowo stosuje się przepisy Kodeksu Pracy z uwzględnieniem wewnętrznych regulacji dotyczących pracy zdalnej lub hybrydowej u danego pracodawcy.*

**4. System, wymiar i rozkład czasu pracy:**

  system podstawowy  w ruchu ciągłym (*zmianowy*)  inny……………………

Zmianowość:  jedna zmiana  dwie zmiany  trzy zmiany

Godziny odbywania stażu od ………….. do …………..

Realizacja stażu w : soboty\*  TAK  NIE godziny : od ………….. do …………..

niedziele i święta\*  TAK  NIE

porze nocnej\*  TAK  NIE

**\*** *W przypadku pracy zmianowej, w sobotę, niedzielę i święta lub w porze nocnej proszę o uzasadnienie jej konieczności*.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*PUP może wyrazić zgodę na realizację stażu w niedzielę i święta, w porze nocnej lub w systemie pracy zmianowej, o ile charakter pracy w danym zawodzie wymaga takiego rozkładu czasu pracy.*

**5. Miejsce odbywania stażu (adres)**\*:……………………………….………………….………..

…………………………………………………………………………………………………………..

\**w przypadku zawodów, w których specyfika pracy wymaga wykonywania usług u klienta należy wskazać adres siedziby lub miejsca prowadzenia działalności.*

**6. Dane proponowanego kandydata do odbycia stażu\*:**

…….................................................... ……....................................................

(nazwisko i imię) (Nr PESEL)

\**W przypadku niezakwalifikowania się ww. kandydata organizator:*

 WYRAŻA ZGODĘ  NIE WYRAŻA ZGODY

na skierowanie innego kandydata, zgodnie z wymaganiami wskazanymi w pkt. 12.

**7. Nazwa stanowiska pracy:**……………………………………………………………………

**8.** **Nazwa komórki organizacyjnej, w której będzie odbywany staż:** …………………… ………...…………………………………………………………………………………………….

**9. Nazwa i symbol cyfrowy zawodu lub specjalności, zgodnie z klasyfikacją zawodów**

**i specjalności** (**wypełnia PUP**)

…….…………............................................................... ………..…………………………

*(nazwa zawodu lub specjalności) (symbol cyfrowy zawodu lub specjalności)*

**10. Dane opiekuna stażysty, nadzorującego osobę odbywającą staż:**

…….................................................... ……....................................................

(nazwisko i imię) (stanowisko)

**11. Zakres oraz opis zadań zawodowych wykonywanych podczas stażu przez bezrobotnego/ wykaz nabywanych umiejętności zawodowych w ramach odbywanego stażu:**

…………………………………………………………….…………………………………………….

…………………………………………………………….….…………………………………………

…………………………………………………………….…………………………………………….

…………………………………………………………….…………………………………………….

…………………………………………………………….…………………………………………….

…………………………………………………………….…………………………………………….

…………………………………………………………….…………………………………………….

…………………………………………………………….…………………………………………….

…………………………………………………………….…………………………………………….

…………………………………………………………….…………………………………………….

…………………………………………………………….…………………………………………….

…………………………………………………………….…………………………………………….

…………………………………………………………….…………………………………………….

**12. Wymagania niezbędne do podjęcia stażu przez bezrobotnego na danym stanowisku pracy** *(predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne, poziom i kierunek wykształcenia oraz inne niezbędne kwalifikacje)*

………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………….....…………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………….

Czy istnieje możliwość odbycia stażu przez osoby z niepełnosprawnością z zapewnieniem dostępności dla tych osób miejsc pracy/stanowisk, na których będzie odbywany staż? TAK  NIE

**Składam zapewnienie dalszego zatrudnienia bezrobotnego niezwłocznie
po zakończonym stażu na podstawie:**

 **umowy cywilnoprawnej**

 **umowy o pracę\* w wymiarze ………. etatu,**

**w miejscu odbywania stażu, na okres co najmniej ................ miesięcy\*.**

*\*zaznaczyć właściwe, w przypadku braku zapewnienia w oznaczone miejsce należy wpisać „0”,miesiąc oznacza pełne 30 dni*

W związku z powyższym **zgłaszam ofertę pracy** na wskazany wyżej okres oraz wymiar czasu pracy, która będzie ważna po ukończeniu stażu przez osobę bezrobotną.

**Szczegóły dotyczące zatrudnienia (po zakończonym stażu):**

**Nazwa stanowiska pracy:…………………………………………………………………………**

**Wysokość proponowanego wynagrodzenia:…………………………………………………**

***........................................................***

 **podpis i pieczątka Organizatora**

**załącznik 2**

**INFORMACJA O ZASADACH PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

Zgodnie z art.13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych
i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE ( dalej RODO)

informujemy, że:

1. **Administratorem danych osobowych (ADO)** jest Powiatowy Urząd Pracy w Kędzierzynie-Koźlu, przy
ul. Anny 11, 47-200 Kędzierzyn-Koźle. Z Administratorem danych można się kontaktować poprzez adres e-mail: opke@praca.gov.pl , telefonicznie pod numerem: 77 482-70-41, pisemnie na adres podany wyżej lub e-Doręczenia: AE:PL-62174-79439-WADID-15.
2. Administrator wyznaczył **Inspektora Ochrony Danych (IDO)**, z którym może się Pani/Pan skontaktować poprzez e-mail: iodo@pup-kkozle.pl, lub pisemnie na adres siedziby Administratora. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
3. **Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. c. i e. RODO**, tj. obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze oraz w celu wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym i dotyczy realizacji wybranego przez Panią/Pana rodzaju wsparcia o którym mowa w ustawie z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia.
4. **Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych** mogą być podmioty i instytucje, których dostęp do danych wynika z przepisu prawa. W niektórych sytuacjach Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazane podmiotom realizującym zadania na rzecz administratora danych na potrzeby wykonywania ustawowych zadań urzędu, w tym kancelarii prawnej, podmiotom publicznym w ramach SEPI, dostawcom usług IT, operatorom pocztowym.
5. Ma Pani/Pan **prawo dostępu do treści swoich danych osobowych**, prawo do ich sprostowania, otrzymania kopii danych, prawo do ich usunięcia, przeniesienia danych, oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania. Z powyższych praw można skorzystać poprzez: kontakt pisemny, za pomocą poczty tradycyjnej, na adres: Powiatowy Urząd Pracy w Kędzierzynie-Koźlu z siedzibą przy ul. Anny 11, 47-200 Kędzierzyn-Koźle, oraz kontakt drogą e-mail: iod@pup-kkozle.pl
6. Podanie danych jest konieczne w celu skorzystania z proponowanych form aktywacji zawodowej
i realizacji wybranego rodzaju wsparcia.
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych.
8. Dane nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym również w formie profilowania.
9. Dane osobowe przetwarzane w celach prawnie uregulowanych będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji wskazanych powyżej celów przetwarzania w zależności od kategorii sprawy, zgodnie z Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt.
10. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (UODO) na adres Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, jeśli uzna Pani/Pan że dane przetwarzane są z naruszeniem przepisów prawa

…………………………………

 data, podpis i pieczątka

**załącznik 3**

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

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

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

 (nazwa i adres Wnioskodawcy)

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

W związku z ubieganiem się o wsparcie finansowane ze środków Unii Europejskiej lub krajowych oświadczam, że **nie zachodzą przesłanki wykluczające otrzymanie wsparcia, o których mowa w art. 5l Rozporządzenia (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014r. dotyczącego środków ograniczających
w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. U. EU L 229 z 31.07.2014, str. 1 z późn. zm.)[[1]](#footnote-1) oraz nie znajduję się na liście osób i podmiotów wobec których stosowane są środki sankcyjne o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022r. o szczególnych rozwiązaniach
w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2025 r. poz. 514).**

Jednocześnie oświadczam, że nie mam powiązań z osobami lub podmiotami, o których mowa w art. 5l Rozporządzenia (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r względem których stosowane są środki sankcyjne.

Kędzierzyn-Koźle, dn. …………….. …………………………

 podpis i pieczątka

*Weryfikacja oświadczenia –* ***wypełnia pracownik PUP***

*Wnioskodawca nie figuruje w rejestrze osób i podmiotów, względem których stosowane są środki sankcyjne, umieszczonym na stronie BIP MSWiA oraz nie posiada z nimi powiązań.*

*Data weryfikacji …………………..*

*Podpis pracownika PUP …………………….*

1. Art. 5l Rozporządzenia (UE) nr 833/2014: Zakazuje się udzielania bezpośredniego lub pośredniego wsparcia, w tym udzielania finansowania i pomocy finansowej lub przyznawania jakichkolwiek innych korzyści w ramach programu Unii, Euratomu lub krajowego programu państwa członkowskiego oraz umów w rozumieniu rozporządzenia (UE, Euratom) 2018/1046 136 , na rzecz jakichkolwiek osób prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji, które w ponad 50 % są własnością publiczną lub są pod kontrolą publiczną. [↑](#footnote-ref-1)