



Powiatowy Urząd Pracy w Lwówku Śląskim

ul. Budowlanych 1, 59-600 Lwówek Śląski tel. (75) 782 4224 do 6; fax (75) 782 4227;

elektroniczna skrzynka podawcza ePUAP /PUP-LwówekŚlaski/SkrytkaESP e-mail: wrlw@praca.gov.pl

.....
Data wpływu do PUP (wypełnia PUP)

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O ZORGANIZOWANIE STAŻU

na podstawie art. 53 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2025 r. poz. 214) oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz. U. z 2009 r. Nr 142 poz. 1160).

WNIOSEK NIE WYPEŁNIONY W CAŁOŚCI, BEZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW LUB PODPISANY PRZEZ OSOBĘ NIEUPOWAŻNIONĄ DO REPREZENTOWANIA ORGANIZATORA ZOSTANIE ROZPATRZONY NEGATYWNIE !

Powiatowy Urząd Pracy w terminie miesiąca od otrzymania kompletnego wniosku informuje wnioskodawcę pisemnie o sposobie jego rozpatrzenia. Wnioski nie są rozpatrywane w trybie decyzji administracyjnej, stąd nie podlegają procedurze odwoławczej.

A. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZATORA STAŻU:

1. Nazwa i adres organizatora stażu:

.....
.....

2. Nazwisko, imię oraz stanowisko osoby upoważnionej do występowania w imieniu organizatora stażu (do podpisania umowy z PUP Lwówek Śląski):

.....

3. Nr telefonu do kontaktu (organizatora stażu lub osoby upoważnionej do występowania w imieniu organizatora stażu i osoby prowadzącej sprawy kadrowe):

4. NIP REGON PKD

5. Forma prawna:

6. Rodzaj prowadzonej działalności:

7. Data rozpoczęcia

8. Liczba osób aktualnie odbywających staż
(należy uwzględnić staże zorganizowane przez wszystkie instytucje, w tym Urzędy Pracy)

9. Liczba zatrudnionych pracowników **w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy** wg stanu na dzień złożenia wniosku:

–ogółem

–na czas nieokreślony

–na czas określony

–końcowy termin najdłuższej umowy o pracę na czas określony

10. Stan zatrudnienia ogółem w ostatnich 6 miesiącach w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy

m-c liczba osób

m-c liczba osób

m-c liczba osób

m-c liczba osób

m-c liczba osób

m-c liczba osób

**B. DANE DOTYCZĄCE WPÓŁPRACY Z POWIATOWYM URZĘDEM PRACY
W OKRESIE OSTATNICH DWÓCH LAT:**

Lp.	Numer umowy	Czas trwania umowy (od-do)	Liczba bezrobotnych w ramach umowy	Ilość bezrobotnych zatrudnionych po zakończeniu stażu
1				
2				
3				
4				
5				

C. DANE DOTYCZĄCE BEZROBOTNYCH SKIEROWANYCH DO ODBYCIA STAŻU:

- Liczba osób przewidzianych do odbywania stażu *
- Wykształcenie kierowanych bezrobotnych:
- Predyspozycje psychofizyczne bezrobotnych:
- Stanowiska pracy przewidziane dla bezrobotnych
- Nazwa zawodu wg klasyfikacji zawodów i specjalności:.....
.....
- Miejsce odbywania stażu (miejscowość, ulica, nr budynku i lokalu, nazwa komórki organizacyjnej):
.....
(przed rozpatrzeniem wniosku może zostać przeprowadzona wizja w wyżej wskazanym miejscu, celem weryfikacji planowanego stanowiska pracy stażysty)
- Rozkład czasu pracy /godziny/ od do
- Zmianowość: ** Inne informacje
- Wnioskowany okres odbywania stażu przez bezrobotnych –miesiące
(od dnia do dnia).
- Imię i nazwisko kandydata:
- Po zakończeniu stażu deklaruje/my/ nie deklaruje/my*** zatrudnienie bezrobotnych w ramach umowy o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy/ 1/2 pełnego wymiaru czasu pracy*** na okres 3 m-cy / 6 m-cy / 12 m-cy / czas nieokreślony***.

* **U organizatora stażu, który jest pracodawcą, staż mogą odbywać jednocześnie bezrobotni w liczbie nieprzekraczającej liczby pracowników zatrudnionych u organizatora w dniu składania wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy.**

U organizatora stażu, który nie jest pracodawcą, staż może odbywać jednocześnie jeden bezrobotny.

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

*** **Odpowiednie podkreślić**

D. DANE DOTYCZĄCE OSÓB PEŁNIĄCYCH NADZÓR NAD BEZROBOTNYM ORAZ PRZEBIEGIEM STAŻU:*

1. Imię i nazwisko opiekuna bezrobotnego:
2. Stanowisko pracy:
3. Ilość osób bezrobotnych aktualnie odbywających staż pod opieką wyżej wymienionego opiekuna wynosi

1. Imię i nazwisko opiekuna bezrobotnego:
2. Stanowisko pracy:
3. Ilość osób bezrobotnych aktualnie odbywających staż pod opieką wyżej wymienionego opiekuna wynosi

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

Zobowiązuję się do przeszkolenia bezrobotnego, na zasadach przewidzianych dla pracowników w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, przepisów przeciwpożarowych.

Świadomi odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 K.K.) oświadczamy, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

Załączniki wymagane do rozpatrzenia wniosku:

1. Program stażu (załącznik nr 1 do wniosku - złożony oddzielnie dla każdego zawodu lub specjalności wskazanego w części C pkt 5).
2. Skierowanie na badania lekarskie (załącznik nr 2 do wniosku),
3. Oświadczenia i klauzule (załącznik nr 3 do wniosku),
4. Kserokopie dokumentów poświadczających formę prawną istnienia firmy (potwierdzone *za zgodność z oryginałem* przez osobę do tego upoważnioną):
 - a) zaświadczenie/oświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej/uchwały/KRS,
 - b) w przypadku gdy organizatorem jest spółka cywilna prosimy do wniosku dołączyć kserokopię umowy spółki,
 - c) w przypadku gdy organizatorem jest osoba fizyczna prowadząca działalność rolniczą lub dział specjalny produkcji rolnej należy do wniosku dołączyć:
 - **dane rolnika** (dowód osobisty, paszport),
 - **łączne powierzchnie i stan prawny posiadanego gospodarstwa rolnego** (akt notarialny, prawomocne orzeczenie sądu, wpis z księgi wieczystej, wypis z ewidencji gruntów i budynków, zaświadczenie właściwego miejscowo wójta (burmistrza lub prezydenta miasta) lub inne dokumenty potwierdzające),
 - **potwierdzenie działalności rolniczej** (zaświadczenie wydane przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu rolników oraz zaświadczenie wydane przez Agencję Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa o nadanym numerze identyfikacyjnym w ramach „Krajowego systemu ewidencji producentów, ewidencji gospodarstw rolnych oraz ewidencji wniosków o przyznanie płatności”),
 - **potwierdzenie prowadzenia działów specjalnych produkcji rolnej** (zaświadczenie właściwego urzędu skarbowego oraz zaświadczenie wydane przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu rolników),
 - oświadczenie o niezaleganiu ze składkami wobec KRUS,
5. W przypadku gdy miejscem odbywania stażu nie jest siedziba firmy proszę dołączyć kserokopię dokumentu potwierdzającego prawo do lokalu w miejscu odbywania stażu.

Informujemy, że w przypadku złożenia wymienionych w pkt 4 lit. a - oświadczeń, podane dane zostaną zweryfikowane przez tutejszy urząd, co może wpłynąć na wydłużenie procedury rozpatrzenia wniosku.

.....
podpis i pieczęć wnioskodawcy
lub osoby upoważnionej

DECYZJA STAROSTY:

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

Lwówek Śląski, dnia r.

.....
podpis

PROGRAM STAŻU

(należy wypełnić czytelnie!)

(wg klasyfikacji zawodów i specjalności)

Rodzaj uzyskanych przez bezrobotnego kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:

.....

.....

.....

Sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:

- ☒ opinia organizatora stażu zawierająca informacje o zadaniach realizowanych przez bezrobotnego i umiejętnościach praktycznych pozyskanych w trakcie stażu.
- inne (zaznaczyć właściwe):
- ☐ egzamin sprawdzający test
 - ☐ kompetencji rozmowa
 - ☐ weryfikująca

Zmiana programu stażu może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej.

Zapoznałam/em się z programem:

.....
(data i podpis bezrobotnego)

.....
(pieczęć i podpis organizatora stażu)

pieczęć

SKIEROWANIE NA BADANIA LEKARSKIE

(WSTĘPNE/ BADANIA DLA CELÓW SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNYCH)

Opis warunków pracy na stanowisku pracy – **wypełnia organizator stażu:**

stanowisko/stanowiska pracy:

.....

opis warunków pracy uwzględniający informacje o występowaniu na stanowisku lub stanowiskach pracy czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy, z podaniem wielkości narażenia oraz aktualnych wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tym stanowisku/stanowiskach – należy wpisać nazwę czynnika/czynników i wielkość/wielkości narażenia – **nieodpowiednie wykreślić:**

I. Czynniki fizyczne:

promieniowanie: 1. jonizujące 2. nadfioletowe 3. podczerwone
4. elektromagnetyczne 5. laserowe

hałas: ilość godzin pracy natężenie

wibracja: 1.miejscowa 2.ogólna - wyniki pomiarów

II. Pyły:

III. Czynniki chemiczne:

IV. Czynniki biologiczne:

V. Inne czynniki, w tym niebezpieczne:

praca na wysokości: 1. do 3 metrów 2. powyżej 3. metrów TAK/NIE

obsługa maszyn w ruchu: 1. osłoniętych 2. nieosłoniętych TAK/NIE

Łączna liczba czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy wskazanych w

skierowaniu:

--

.....
podpis i pieczęć wnioskodawcy
lub osoby upoważnionej

pieczęć

Lwówek Śląski, dnia

OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY

1. Toczy się /nie toczy się* w stosunku do mojego podmiotu postępowanie upadłościowe / likwidacyjne i nie został złożony oraz nie przewiduję złożenia wniosku o otwarcie postępowania upadłościowego ani likwidacyjnego;
2. posiadam/nie posiadam* niezbędne koncesje, zezwolenia, certyfikaty lub inne wpisy do stosownych rejestrów ze względu na profil prowadzonej działalności;
3. zostałem/ nie zostałem* w okresie do 365 dni przed złożeniem niniejszego wniosku ukarany(a) lub skazany(a) prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy;
4. zalegam/nie zalegam* z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych;
5. **zobowiązuje się** do złożenia stosownego oświadczenia, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.
6. świadomi odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 K.K.) oświadczamy, iż dane zawarte w niniejszym piśmie są zgodne z prawdą.

KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych zgodnie z ustawą z 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000) oraz ROZPORZĄDZENIEM 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

.....
podpis i pieczęć wnioskodawcy
lub osoby upoważnionej

* niepotrzebne skreślić