*…………………., dnia………………*

pieczęć pracodawcy

**Do**

 **Powiatowy Urząd Pracy w Proszowicach**

 **ul. Krakowska 11**

 **32-100 Proszowice**

**WNIOSEK**

**o skierowanie do odbycia stażu przez bezrobotnego(-ych)**

w oparciu o art. 2 ust.1 pkt 34 oraz art. 53 Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t. j. Dz. U. z 2025 r. poz. 214).

 **DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY**

1. Pełna nazwa organizatora stażu.

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

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

1. Siedziba i miejsce prowadzenia działalności, numer telefonu.

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

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

1. Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby upoważnionej do reprezentowania, nr telefonu

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

1. Ilość pracowników (w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy)......................................................
2. Liczba bezrobotnych odbywających staż u organizatora w dniu składania wniosku...........................
3. Numer REGON...................................................................................................................................
4. Kod PKD..............................................................................................................................................
5. NIP......................................................................................................................................................
6. Imię i nazwisko opiekuna bezrobotnego, odbywającego staż (opiekun bezrobotnego odbywającego staż może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż 3 osobami bezrobotnymi odbywającymi staż)

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

zajmowane stanowisko.............................................................................................................................

numer telefonu..........................................................................................................................................

**DANE DOTYCZĄCE OSÓB PRZEWIDZIANYCH DO ODBYCIA STAŻU**

1. **Liczba przewidywanych miejsc pracy, na których bezrobotni będą odbywać staż**

(liczba odbywających staż nie może przekroczyć liczby pracowników zatrudnionych u organizatora w dniu składania wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy)

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

|  | **Nazwa zawodu lub specjalności (zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy \*)** | **Poziom i kierunek****wykształcenia, wymagane kwalifikacje** | **Predyspozycje psychiczne i zdrowotne** | **Wnioskowany okres stażu** **(nie krótszy niż 3 miesiące)**  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.  |  |  |  | od............do............. |
| 2. |  |  |  | od............do............ |
| 3. |  |  |  | od............do............ |

\* www.psz.praca.gov.pl

**2.** Program stażu stanowi załącznik nr 1 do wniosku

**3.** Miejsce odbywania stażu (zgodnie z CEiDG)

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

**4.** Dni i godziny odbywania stażu

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

**5.** Zmianowość (bezrobotny nie może odbywać stażu w niedziele i święta, w porze nocnej, w systemie pracy zmianowej ani w godzinach nadliczbowych, Starosta 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).

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

**6.** Imię i nazwisko bezrobotnego, data urodzenia ( wypełnić w przypadku jeżeli jest już znana osoba)

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

**7.** Przewidywana ilość osób, którą pracodawca deklaruje się zatrudnić po zakończeniu stażu na okres co najmniej 3 miesięcy

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

**8.** Opis zadań, jakie będą wykonywane podczas stażu przez bezrobotnego, w tym nazwa zawodu lub specjalności, zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy, nazwa komórki organizacyjnej i stanowiska pracy oraz zakres zadań zawodowych:

* **Nazwa zawodu lub specjalności, zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy :**

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

* **Nazwa komórki organizacyjnej i stanowiska pracy:**

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

* **Opis/zakres zadań zawodowych jakie będą wykonywane podczas stażu przez bezrobotnego – według załącznika nr 1 PROGRAM STAŻU.**

**Uwaga:**

* Bezrobotny nie może odbywać ponownie stażu u tego samego organizatora na tym samym stanowisku pracy, na którym wcześniej odbywał staż, przygotowanie zawodowe w miejscu pracy lub przygotowanie zawodowe dorosłych.
* Czas pracy bezrobotnego odbywającego staż nie może przekraczać 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.
* Zgodnie z art. 64 §2 KPA w przypadku **wniosków zawierających braki formalne** wnioskodawca zostanie wezwany do usunięcia braków w terminie 7 dni. W przypadku ich nieuzupełnienia wniosek pozostanie bez rozpatrzenia.

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 k.k.) oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

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

 /*pieczątka i podpis wnioskodawcy*

**Załączniki:**

1. Program stażu (Załącznik nr 1 do wniosku)

*Powiatowy Urząd Pracy w Proszowicach informuje, iż zgodnie z art. 59b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t. j. Dz. U. z 2025 r. poz. 214) podaje do publicznej wiadomości wykaz pracodawców i liczbę osób, z którymi zawarto umowy o zorganizowanie stażu poprzez wywieszenie ich na okres 30 dni na tablicy ogłoszeń w siedzibie urzędu. Zbiorczy wykaz przekazuje się również Powiatowej Radzie Rynku Pracy.*

Załącznik nr 1

**PROGRAM STAŻU**

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

*(nazwa zawodu lub specjalności, zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy)*

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

*(stanowisko oraz imię i nazwisko opiekuna osoby objętej programem stażu)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Okres stażu****(miesiące, etapy realizacji)** | **Zakres zadań zawodowych wykonywanych przez bezrobotnego** |
|  |  |

**Rodzaj uzyskanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych**

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

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

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

Po zakończonym stażu informacje na temat realizowanych zadań przez bezrobotnego oraz umiejętności praktycznych pozyskanych w trakcie stażu zostaną potwierdzone w formie opinii pracodawcy.

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

 */pieczątka i podpis wnioskodawcy/*

**W przypadku kilku różnych stanowisk dla każdego z nich należy sporządzić odrębny program stażu**