



.....
(pieczęć Organizatora)

Data:

**Powiatowy Urząd Pracy
w Piotrkowie Trybunalskim**

W N I O S E K

O ZAWARCIE UMOWY DOTYCZĄCEJ ZORGANIZOWANIA STAŻU ZE ŚRODKÓW PFRON

Na zasadach określonych w:

- 1) art. 11 ust. 2 pkt.2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024r. poz. 44 ze zm.)
- 2) ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2025r., poz. 214 ze zm.)
- 3) Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz. U. Nr 142 z 2009r., poz. 1160).

I. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZATORA:

1. Pełna nazwa firmy lub imię i nazwisko oraz siedziba, miejsce prowadzenia działalności:

.....
.....

2. Telefon / fax / e-mail

3. NIP REGON

4. Forma organizacyjno – prawna

(przedsiębiorstwo państwowe, spółdzielnia, spółka akcyjna, spółka z o.o., spółka cywilna, działalność indywidualna)

5. Data rozpoczęcia działalności..... PKD

6. Imię i nazwisko osoby/osób upoważnionej/ych do podpisania umowy, zgodnie z dokumentami rejestrowymi lub pełnomocnictwem

..... -
(imię i nazwisko) (stanowisko)

..... -
(imię i nazwisko) (stanowisko)

7. Liczba pracowników zatrudnionych na dzień złożenia wniosku, w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy

.....

8.

Liczba osób odbywających staż w dniu złożenia wniosku	Nazwa Urzędu Pracy lub innego podmiotu, z którego została skierowana osoba odbywająca staż	Okres odbywania stażu przez osobę skierowaną	Imię i nazwisko opiekuna stażysty

UWAGA:

- U Organizatora stażu, który jest pracodawcą, staż mogą odbywać jednocześnie bezrobotni, w tym osoby niepełnosprawne, 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 jedna osoba skierowana przez Urząd;
- Na staż mogą być kierowane osoby niepełnosprawne zarejestrowane w Powiatowym Urzędzie Pracy jako poszukujące pracy, niepozostające w zatrudnieniu.

9. Dane osoby odpowiedzialnej ze strony Organizatora za sprawy dotyczące niniejszego wniosku, upoważnionej do kontaktów z PUP w/m

Imię i nazwisko

numer telefonu

II. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI STAŻU:

1. Zgłaszam możliwość zorganizowania stażu dla (liczba) osób niepełnosprawnych zarejestrowanych w urzędzie pracy

2. Proponowany okres odbywania stażu (nie krótszy niż 3 miesiące) miesiące/miesięcy

3. Wymagania dotyczące kandydatów:

Stanowisko	Nazwa zawodu zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy www.psz.praca.gov.pl	Poziom i kierunek wykształcenia, predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne oraz minimalne kwalifikacje niezbędne do podjęcia stażu	Imię, nazwisko, stanowisko opiekuna stażu ¹

4. Zmianowość, dni tygodnia oraz godziny odbywania stażu²:

5. W przypadku pracy w systemie zmianowym, pracy w niedziele i święta lub pracy w porze nocnej, wymagane uzasadnienie:

Stażysta nie może odbywać stażu w niedziele i święta, w porze nocnej, w systemie pracy zmianowej, ani w godzinach nadliczbowych.

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

Osobie niepełnosprawnej, odbywającemu staż przysługuje prawo do okresów odpoczynku na zasadach przewidzianych dla pracowników.

¹ Opiekun osoby niepełnosprawnej, odbywającej staż może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż 3 osobami odbywającymi staż.

² Czas pracy osoby niepełnosprawnej, posiadającej lekki stopień niepełnosprawności nie może przekraczać 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo a osoby niepełnosprawnej zaliczonej do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności – 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo, przez 5 dni w tygodniu w okresie rozliczeniowym.

6. Zadania, jakie będą wykonywane podczas stażu określone są w **programie stażu** (Załącznik nr 1).

7. Miejsce odbywania stażu (dokładny adres)

.....

.....

Komórka organizacyjna.....

8. Zobowiązuję się do zatrudnienia po zakończonym stażu:

..... niepełnosprawnej/ych, o którym/ch mowa we wniosku na okres co najmniej m-cy w ramach umowy o pracę.

9. Organizator może wskazać imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej, którą przyjmie na staż (Załącznik nr 2).

10. W przypadku braku wskazania kandydata na staż lub wskazania kandydata, który nie spełnia warunków do skierowania na staż, **wyrażam / nie wyrażam*** zgodę/y na skierowanie innej osoby niepełnosprawnej przez Powiatowy Urząd Pracy w Piotrkowie Tryb.

INFORMACJA DLA ORGANIZATORA STAŻU

- Osoba niepełnosprawna, poszukująca pracy nie może odbywać ponownie stażu u tego samego Organizatora na tym samym stanowisku pracy, na którym wcześniej odbywał staż, przygotowanie zawodowe w miejscu pracy, przygotowanie zawodowe dorosłych.
- Wymienione niżej załączniki są niezbędne do rozpatrzenia wniosku.
- Wnioski złożone bez kompletu załączników lub zawierające braki formalne, nie będą uwzględnione.
- O sposobie rozpatrzenia wniosku, Organizator zostanie poinformowany pisemnie w ciągu 30 dni od dnia złożenia.
- W przypadku decyzji pozytywnej zawierana jest umowa określająca terminy oraz wzajemne warunki współpracy.

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

1. Program stażu (Załącznik nr 1).
2. Lista kandydatów na staż (Załącznik nr 2).
3. Kserokopia dokumentu potwierdzającego status prawny pracodawcy/przedsiębiorcy (np. umowa spółki cywilnej).
4. W przypadku, gdy Organizatora stażu reprezentuje pełnomocnik, do wniosku należy załączyć pełnomocnictwo, podpisane przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentacji Organizatora stażu. Pełnomocnictwo należy przedłożyć w oryginale, w postaci notarialnie potwierdzonej kopii lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez osobę lub osoby udzielające pełnomocnictwa. Podpis lub podpisy osób uprawnionych do występowania w obrocie prawnym muszą być czytelne lub opatrzone pieczęciami imiennymi. Pełnomocnictwo do reprezentowania Pracodawcy nie jest wymagane jeśli jest odnotowane w rejestrze przedsiębiorców (CEiDG, KRS).

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis i pieczęć Organizatora)

*niepotrzebne skreślić

JEDNOCZESNIE OŚWIADCZAM, ŻE:

- 1) w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku **nie zostałem / zostałem*** skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych i **nie jestem / jestem*** objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie;
- 2) znane mi są przepisy art. 53 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. 2025r. poz. 214 ze zm.), oraz rozporządzenia MPiPS z dnia 20 sierpnia 2009r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnego (Dz. U. z 2009r. nr 142, poz. 1160);
- 3) Zobowiązuję się do:
 - skierowania osoby niepełnosprawnej na badania lekarskie do lekarza medycyny pracy oraz ich sfinansowania przed przystąpieniem do odbywania stażu;
 - zorganizowania i pokrycia kosztów szkolenia BHP i PPOŻ skierowanej osoby niepełnosprawnej.
- 4) Podmiot, który reprezentuję **nie znajduje się / znajduje się*** w grupie podmiotów, jak również, **nie jest / jest*** powiązany osobiście, organizacyjnie, gospodarczo, finansowo z osobami i podmiotami, wykazanymi na Liście osób i podmiotów, wobec których są stosowane środki sankcyjne - prowadzonej przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji i publikowanej w Biuletynie Informacji Publicznej, na stronie podmiotowej ministerstwa właściwego do spraw wewnętrznych, o której mowa w ustawie z dnia 13.04.2022r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2024r. poz. 507);
Podmiot, który reprezentuję **nie znajduje się / znajduje się*** w załączniku nr 1 do Rozporządzenia Rady (UE) nr 269/2014 oraz w załączniku nr 1 do Rozporządzenia Rady (WE) nr 765/2006 - wykazy osób fizycznych i prawnych, podmiotów i organów podlegających sankcjom.
- 5) Zostałem poinformowany, że zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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), zwanego dalej RODO:
 1. **Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest: Powiatowy Urząd Pracy w Piotrkowie Trybunalskim, ul. Dmowskiego 27, 97-300 Piotrków Tryb., w imieniu którego działa Dyrektor**
Dane kontaktowe do :
 - **Administradora – I piętro PUP, pok.32 tel. 446474526; adres e-mail: lopi@puppiotrkow.pl**
 - **Inspektora Ochrony Danych - I piętro PUP, pok. 40 tel. 446474526; adres e-mail: iod@puppiotrkow.pl, lub lopi@puppiotrkow.pl;**
 2. **Dane osobowe, przetwarzane będą** zgodnie z art. 6 ust.1 pkt. *Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.*
 3. **Pani/Pana dane osobowe, gromadzone i przetwarzane są w celu:**
 - realizacji zadania publicznego ujętego w ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz aktach wykonawczych wydanych na jej podstawie, co zgodne jest z art. 6 ust.1 lit. b i c RODO,
 - realizacji zadania publicznego dotyczącego aktywizacji zawodowej, ujętego w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz ustawie o repatriacji, co zgodne jest z art. 6 ust.1 lit. b i c RODO,
 - zawarcia, wykonania i rozliczenia umowy oraz dochodzenia ewentualnych roszczeń przed sądem powszechnym, w oparciu o powyższe przepisy, co zgodne jest z art. 6 ust.1 lit. b i c RODO.

4. **Podanie danych jest dobrowolne**, jednak w przypadku woli uzyskania formy wsparcia przeznaczonej dla pracodawcy, podmiotu, niepodanie danych osobowych w zakresie określonym w wyżej wskazanych aktach prawnych, skutkuje odmową udzielenia wsparcia.
5. Pani/Pana dane osobowe **mogą zostać udostępnione** upoważnionym organom i instytucjom na podstawie przepisów prawa, członkom Powiatowej Rady Rynku Pracy w Piotrkowie Tryb. lub podmiotom, z którymi Administrator zawarł umowę, np.: firmom nadzorującym oprogramowania, serwisujące sprzęt informatyczny, Poczta Polska, Centrum Doręczeń PETEROX.
6. Zgodnie z art. 15-21 w/w Rozporządzenia, przysługuje Panu/Pani prawo do żądania od Administratora **dostępu do swoich danych** osobowych, ich **sprostowania, ograniczenia przetwarzania, z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art.18 ust.2 RODO**, a także **przenoszenia danych do państwa trzeciego**.
7. Pani/Pana dane, przechowywane będą przez okres realizacji ww. celów oraz przez okres wynikający z Rzeczonego Wykazu Akt Powiatowego Urzędu Pracy w Piotrkowie Tryb. i innych przepisów prawa o archiwizacji, obowiązujących w Urzędzie.
8. Szczegółowe informacje w zakresie przetwarzania Pana/Pani danych osobowych, uzyskać można u pośrednika pracy lub Inspektora Ochrony Danych (kontakt j. w.).
9. W przypadku stwierdzenia naruszenia bezpieczeństwa Pana/Pani danych osobowych, przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć Organizatora)

*niepotrzebne skreślić