



# Powiatowy Urząd Pracy w Piotrkowie Trybunalskim

## **CENTRUM AKTYWIZACJI ZAWODOWEJ**



97-300 Piotrków Trybunalski, ul. Dmowskiego 27  
e-mail: lopi@praca.gov.pl, lopi@pupiotrkow.pl

tel. 44 649 53 44 wew. 163  
www.piotrkowtrybunalski.praca.gov.pl

.....  
(pieczęć Organizatora)

Data: .....

### **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 2021r. poz. 573 ze zm.)
- 2) ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2022r., poz. 690 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

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(stanowisko służbowe)

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(stanowisko służbowe)

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 złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy;
- U Organizatora stażu, który nie jest pracodawcą staż może odbywać jednocześnie jedna osoba skierowana przez Urząd.

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/miesiący

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 *

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

**Na staż mogą być kierowane osoby niepełnosprawne zarejestrowane w Powiatowym Urzędzie Pracy jako poszukujące pracy, niepozostające w zatrudnieniu.**

4. Zmianowość....., dni tygodnia oraz godziny odbywania stażu: .....

**Czas pracy osoby niepełnosprawnej posiadającej lekki stopień niepełnosprawności, nie może przekroczyć 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.**

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

**Osobie niepełnosprawnej odbywającej staż przysługuje prawo do okresów odpoczynku na zasadach przewidzianych dla pracowników.**

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

6. Miejsce odbywania stażu (dokładny adres).....  
.....  
.....  
.....

Komórka organizacyjna.....

7. Zobowiązuję się do zatrudnienia po zakończonym stażu:

.....osoby(ów) niepełnosprawnej(ych) o której(ch) mowa we wniosku na okres co najmniej ..... m-cy w ramach umowy o pracę.

8. Organizator może wskazać imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej zarejestrowanej jako poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu, którą przyjmie na staż (Załącznik nr 2).

9. 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 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.
- Kserokopie przedkładanych dokumentów powinny być uwierzytelnione imiennym podpisem oraz pieczęcią firmy.
- 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. Uwierzytelniona kserokopia dokumentu potwierdzającego status prawny pracodawcy/przedsiębiorcy (umowa spółki cywilnej, statut instytucji publicznej itp.)
4. Uwierzytelniona kserokopia pełnomocnictwa do reprezentowania Pracodawcy oraz składania oświadczeń woli w jego imieniu. Pełnomocnictwo nie jest wymagane, jeżeli osoba podpisująca wniosek i umowę jest upoważniona z imienia i nazwiska do reprezentowania Pracodawcy w odnośnym dokumencie rejestracyjnym. Jeżeli pełnomocnictwo nie jest sporządzone w formie pisemnej z notarialnie poświadczonym podpisem należy go podpisać w obecności pracownika Powiatowego Urzędu Pracy w Piotrkowie Tryb. w celu stwierdzenia własnoręczności podpisu.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
( podpis i pieczęć Organizatora)

\*niepotrzebne skreślić

## **JEDNOCZESNIE OŚWIADCZAM, ŻE:**

- 1) **nie zalegam / zalegam\*** z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych;
- 2) **nie zalegam / zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie innych danin publicznych;
- 3) **nie toczy się/ toczy się\*** w stosunku do mnie postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację;
- 4) w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku **zostałem / nie zostałem\*** skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych i **jestem / nie jestem\*** objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie;
- 5) znane mi są przepisy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. 2022r. poz. 690 ze zm.), oraz rozporządzenie MPiPS z dnia 20 sierpnia 2009r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnego (Dz. U. z 2009r. nr 142, poz. 1160);
- 6) Zobowiązuję się do:
  - skierowania osoby bezrobotnej na badania lekarskie do lekarza medycyny pracy oraz ich sfinansowania przed przystąpieniem osoby bezrobotnej do odbywania stażu;
  - zorganizowania i pokrycia kosztów szkolenia BHP i p. poż. skierowanej osoby bezrobotnej.
- 7) 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. poz. 835);  
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.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
( podpis i pieczęć Organizatora)

\*niepotrzebne skreślić

### **Klauzula informacyjna dla przedsiębiorców i innych podmiotów współpracujących z Powiatowym Urzędem Pracy w Piotrkowie Tryb.**

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), zwanym dalej RODO, Urząd informuje, że:

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](mailto:lopi@puppiotrkow.pl)**
  - **Inspektora Ochrony Danych - I piętro PUP, pok. 40 tel. 446474526; adres e-mail: [iod@puppiotrkow.pl](mailto:iod@puppiotrkow.pl), lub [lopi@puppiotrkow.pl](mailto: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.