

|  |
| --- |
| Pieczęć wpływowa Urzędu |
|  |

data:

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Piotrkowie Trybunalskim**

#### W N I O S E K

## O ORGANIZACJĘ STAŻU ZE ŚRODKÓW PFRON

Na zasadach określonych w ustawie z dnia 20.03.2025r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia   
(Dz. U. z 2025r. poz. 620), ustawie z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (dz. U. z 2024r. poz. 44 ze zm.) oraz w rozporządzeniu MPiPS z dnia 20.08.2009r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz.U. Nr 142 z 2009r. poz. 1160).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **DANE DOTYCZĄCE ORGANIZATORA** | | | |
| **1.1.** | **Pełna nazwa firmy lub imię nazwisko Organizatora oraz siedziba, miejsce prowadzenia działalności (dopuszczalna aktualna pieczęć firmowa)** |  | |
| **1.2** | **NIP** |  | |
| **1.3.** | **REGON** |  | |
| **1.4.** | **Adres do korespondencji**  ***(proszę podać, jeśli jest inny niż siedziba firmy)*** |  | |
| **1.5.** | **Telefon/e-mail** |  | |
| **1.6.** | **Adres do doręczeń elektronicznych (skrzynka do e-doręczeń)** |  | |
| **1.7.** | **PKD** |  | |
| **1.8.** | **Forma prawna** | osoba fizyczna prowadząca działalność indywidualną  inna (*podać jaka*) - | |
| **1.9.** | **Dane osoby/osób upoważnionej/nych do podpisania umowy, zgodnie z dokumentami rejestrowymi lub pełnomocnictwem** | **Imię i nazwisko** | **Stanowisko** |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.10.** | **Liczba pracowników zatrudnionych na dzień złożenia wniosku, w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy** | |  | | |
| **1.11.** | **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** | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |
| **1.12.** | **Dane osoby odpowiedzialnej ze strony Organizatora za sprawy dotyczące niniejszego wniosku, upoważnionej do kontaktów z PUP w/m** | | **Imię i nazwisko** | | **Nr telefonu** |
|  | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI STAŻU** | | | | |
| **2.1.** | **Liczba wnioskowanych miejsc stażu** | **1** | | |
| **2.2.** | **Wnioskowany okres stażu** | 3 miesiące  4 miesiące  5 miesięcy  6 miesięcy | | |
| **2.3** | **Wymiar czasu pracy** | 40 godzin tygodniowo  20 godzin tygodniowo  35 godzin tygodniowo  inny (*podać jaki*) – | | |
| **2.4.** | **Forma realizacji stażu**  ***(proszę zaznaczyć jedną z trzech form realizacji stażu oraz 5 dni tygodnia odbywania stażu)*** | **stacjonarna (w tym praca w terenie)**  poniedziałek wtorek środa  czwartek piątek  sobota  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **hybrydowa**  *stacjonarnie:*  poniedziałek  wtorek  środa  czwartek  piątek  sobota  *zdalnie:*  poniedziałek  wtorek  środa  czwartek  piątek  sobota  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **zdalna**  poniedziałek  wtorek  środa  czwartek  piątek  sobota | | |
| **2.5.** | ***Należy wypełnić w przypadku wnioskowania o organizację stażu  w formie zdalnej lub hybrydowej.***  **Jakimi możliwościami organizacji pracy zdalnej/hybrydowej dysponuje Organizator, jakie posiada stosowne regulacje wewnątrzzakładowe w tym zakresie oraz wypracowane procedury porozumiewania się za pomocą środków bezpośredniej komunikacji na odległość, a także czy posiada wypracowane procedury monitorowania realizacji zadań wynikających z programu stażu** |  | | |
| **2.6.** | **Zmianowość** | jedna  dwie  *W przypadku wnioskowania o organizację stażu w systemie zmianowym wymagane jest uzasadnienie:* | | |
| **2.7.** | **Godziny odbywania stażu** | od do  od do | | |
| **2.8.** | **Miejsce odbywania stażu**  ***(proszę wpisać dokładny adres lub adresy - w przypadku stażu w odbywanego w formie hybrydowej)*** |  | | |
| **2.9.** | **Nazwa stanowiska** |  | | |
| **2.10.** | **Nazwa zawodu zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy – www.psz.praca.gov.pl** |  | | |
| **2.11.** | **Wymagany poziom i kierunek wykształcenia** | podstawowe  gimnazjalne  zasadnicze zawodowe/ zasadnicze branżowe  średnie ogólne  średnie zawodowe  pomaturalne/policealne  wyższe (w tym licencjat)  Wymagany kierunek wykształcenia – | |
| **2.12.** | **Wymagane predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne oraz minimalne kwalifikacje niezbędne do podjęcia stażu na danym stanowisku pracy** |  | |
| **2.13.** | **Dane opiekuna stażu** | **Imię i nazwisko** | **Stanowisko** |
|  |  |
| **2.14.** | **Proponowane zatrudnienie, w ramach umowy o pracę, po zakończonym stażu *(proszę podać okres zatrudnienia w miesiącach  i wymiar czasu pracy – nie mniej niż ½ etatu)*** |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2.15.** | **Dane kandydata na staż** | **Imię i nazwisko** | **Data urodzenia** |
|  |  |
| **Adnotacje PUP:** | | | |

|  |
| --- |
| **INFORMACJA DLA ORGANIZATORA STAŻU**   * Osoba niepełnosprawna poszukująca pracy nie może odbywać stażu u tego samego Organizatora, u którego wcześniej odbywała staż, była zatrudniona, w tym jako młodociany pracownik w celu przygotowania zawodowego lub wykonywała inną pracę zarobkową, jeżeli od dnia zakończenia poprzedniego stażu, zatrudnienia lub wykonywania innej pracy zarobkowej u tego Organizatora nie upłynęło co najmniej 24 miesiące. Łączny okres staży realizowanych u tego samego Organizatora nie może przekroczyć 12 miesięcy. * Czas realizacji programu stażu przez osobę niepełnosprawną poszukującą pracy nie może przekraczać 8 godzin na dobę i przeciętnie 40 godzin w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy, w przyjętym okresie rozliczeniowym nieprzekraczającym 3 miesięcy. Czas realizacji programu stażu osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy zaliczoną do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności nie może przekraczać 7 godzin na dobę i 35 godzin w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy, w przyjętym okresie rozliczeniowym nieprzekraczającym 3 miesięcy. Czas realizacji programu stażu przez osobę niepełnosprawną poszukującą pracy nie może być krótszy niż 20 godzin w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy, w przyjętym okresie rozliczeniowym nieprzekraczającym 3 miesięcy. * U Organizatora stażu będącego pracodawcą staż mogą odbywać bezrobotni oraz osoby niepełnosprawne poszukujące pracy w liczbie nieprzekraczającej liczby pracowników zatrudnionych u tego Organizatora w dniu składania wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy. U organizatora stażu, który nie jest pracodawcą albo w dniu składania wniosku zatrudnia pracownika lub pracowników w łącznym wymiarze nieprzekraczającym jednego etatu, staż może odbywać jedna osoba niepełnosprawna poszukująca pracy. * Wymienione niżej załączniki są niezbędne do rozpatrzenia wniosku. * O sposobie rozpatrzenie 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. Kserokopia dokumentu potwierdzającego status prawny pracodawcy/przedsiębiorcy (np. umowa spółki cywilnej). 3. 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). |

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

(pieczęć i podpis Organizatora)

(miejscowość, data)

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZAM, ŻE:**   1. **Nie zalegam/ zalegam** z opłacaniem zobowiązań podatkowych; 2. **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, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych; 3. **Nie zalegam/zalegam** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie innych danin publicznych 4. **Nie toczy się/ toczy się** w stosunku do mnie postępowanie upadłościowe i **nie został /został** zgłoszony wniosek o likwidację; 5. 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; 6. 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; 7. Znane mi są przepisy dotyczące organizacji staży zawarte w ustawie o promocji zatrudnienia  i instytucjach rynku pracy (Dz. U. 2025r. poz. 6200 oraz rozporządzeniu MPiPS z dnia 20 sierpnia 2009r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnego (Dz. U.  z 2009r. nr 142, poz. 1160); 8. Przyjmuję do wiadomości, iż Powiatowy Urząd Pracy w Piotrkowie Tryb. zastrzega możliwość żądania dokumentów, mających na celu potwierdzenie danych zawartych we wniosku oraz oświadczeniu; 9. 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 PPOŻ skierowanej osoby bezrobotnej.  1. 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;   1. 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:   ***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 :*  *• Administratora –tel. 446474526; adres e-mail: lopi@puppiotrkow.pl*  *• Inspektora Ochrony Danych- adres e-mail: lopi@puppiotrkow.pl ,lub* [*iod@puppiotrkow.pl*](mailto:iod@puppiotrkow.pl)*;* |

|  |
| --- |
| * 1. *Dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust.1 lit. b) i c) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Urzędzie Pracy, w celu realizacji:*   *• ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia,*  *• ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. Kodeks postępowania administracyjnego,*  *• ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. Kodeks cywilny,*  *• innych aktów prawnych, które w sposób bezpośredni lub pośredni odnoszą się do obowiązków  i zadań wynikających z przepisów prawa wykonywanych przez PUP, oraz w celu realizacji uprawnień określonych w upoważnieniu/pełnomocnictwie.*  *3. Powiatowy Urząd Pracy w Piotrkowie Trybunalskim będzie przetwarzał następujące kategorie danych: imię, nazwisko, PESEL i inne, jeśli zostały podane przez upoważaniającego (np. adres zamieszkania, adres prowadzenia działalności gospodarczej, nr i seria dowodu tożsamości).*  *4. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do realizacji ww. celów.*  *5. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą podlegać profilowaniu oraz nie będą przenoszone do państwa trzeciego.*  *6. Dane osobowe mogą zostać udostępnione upoważnionym organom i instytucjom na podstawie przepisów prawa, podmiotom przetwarzającym (SYGNITY S.A.), radcy prawnemu lub podmiotom, z którymi Administrator zawarł umowę, np.: firmom nadzorującym oprogramowania, serwisującym sprzęt informatyczny, Poczcie Polskiej, Centrum Doręczeń PETEROX.*  *7. 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.*  *8. Dane przechowywane będą przez okres realizacji ww. celów oraz przez okres wynikający z Rzeczowego Wykazu Akt Powiatowego Urzędu Pracy w Piotrkowie Tryb. i innych przepisów prawa o archiwizacji, obowiązujących w Urzędzie.*  *9. Szczegółowe informacje w zakresie przetwarzania Pana/Pani danych osobowych, uzyskać można  u Inspektora Ochrony Danych.*  *10.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.*  **12**. Osoba uprawniona do reprezentowania Organizatora stażu oraz opiekun Stażysty zapoznała/ł się z treścią klauzuli informacyjnej dla upoważnionego/pełnomocnika – znajdującej się na stronie www.piotrkowtrybunalski.praca.gov.pl |

**Świadom odpowiedzialności karnej na podstawie art. 233 kk za składanie nieprawdziwych**

**danych oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

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

(podpis i pieczęć Organizatora)

(miejscowość, data)