

.....
Miejscowość, data

.....
(pieczęć firmowa)

.....
Numer rejestru wniosku

**Powiatowy Urząd Pracy
w Sosnowcu**

**WNIOSEK
O ZAWARCIE UMOWY O ZORGANIZOWANIE STAŻU DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ
ZAREJESTROWANEJ JAKO POSZUKUJĄCEJ PRACY NIEPOZOSTAJĄCEJ W ZATRUDNIENIU
FINANSOWANEJ ZE ŚRODKÓW PFRON**

UWAGA:

- PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE WNIOSKU ORAZ NIEPOZOSTAWIANIE RUBRYK NIEWYPEŁNIONYCH.
- W PRZYPADKACH NIEDOTYCZĄCYCH WNIOSKODAWCY NALEŻY WPISAĆ: NIE DOTYCZY.
- PODSTAWĄ ROZPATRZENIA WNIOSKU JEST PRZEDŁOŻENIE WSZYSTKICH WYMAGANYCH DOKUMENTÓW.
- WSZELKIE ZAŁĄCZONE DO WNIOSKU KSEROKOPIE DOKUMENTÓW (KAŻDA STRONA) WINNY BYĆ POTWIERDZONE ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM.
- MODYFIKOWANIE WNIOSKU JEST NIEDOPUSZCZALNE

I. DANE ORGANIZATORA STAŻU

1. Firma (nazwa) lub imię i nazwisko
-
2. Adres siedziby organizatora
3. Adres do korespondencji
4. Telefon E-mail
5. NIPRegon
6. Data rozpoczęcia działalności PKD
7. Rodzaj działalności
8. Dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, w tym spółek cywilnych:

PESEL:

.....

ADRES ZAMIESZKANIA:

.....

.....

9. Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w dniu

składania wniosku *

**Zatrudnienie oznacza wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego oraz umowy o pracę nakładczą.*

10. Liczba osób odbywających staż na dzień składania wniosku:

Skierowanych przez Powiatowy Urząd Pracy w Sosnowcu	
Skierowanych przez inne powiatowe urzędy pracy	
OGÓŁEM	

11. Dane osoby upoważnionej do kontaktów z PUP Sosnowiec:

a) imię i nazwisko:

b) stanowisko:telefon kontaktowy.....

12. Dane osoby upoważnionej do reprezentowania organizatora i podpisania umowy
o zorganizowanie stażu

a) imię i nazwisko: stanowisko

(WAŻNE! należy przedłożyć kopię stosownego pełnomocnictwa)

II. PLANOWANE STANOWISKO STAŻOWE

1. Okres odbywania stażu

2. Miejsce odbywania stażu (adres i telefon):

.....

Nazwa zawodu zgodnie klasyfikacją zawodów i specjalności	Liczba przewidywanych miejsc stażu**	Wymagania stawiane kandydatom do odbycia stażu:			Imię, nazwisko, data urodzenia KANDYDATA (jeżeli dotyczy)
		Poziom wykształcenia	Predyspozycje psychofizyczne lub zdrowotne	Minimalne kwalifikacje niezbędne do podjęcia stażu	

****** U organizatora stażu, który jest pracodawcą, staż mogą odbywać jednocześnie stażyści 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 STAŻYSTA.

3. Informacja o systemie i rozkładzie czasu pracy***:

- ☐ praca jednozmianowa w godzinach od do,
- ☐ praca zmianowa w godzinach: od do, od do, od do

*** Czas pracy osoby odbywającej staż **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. **STAŻYSTA 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 pracy (§7 ust.3 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych).

Z uwagi na charakter pracy w zawodzie.....

wnioskuję o wyrażenie zgody na realizację stażu :

- ☐ w niedzielę i święta ☐ w porze nocnej ☐ w systemie pracy zmianowej ☐ w terenie

Uzasadnienie:

.....

.....

.....

III. ZAKRES ZADAŃ ZAWODOWYCH

1. Nazwa stanowiska pracy
2. Nazwa komórki organizacyjnej
3. Miejsce odbywania stażu
4. Opis zadań zawodowych wykonywanych podczas stażu

OKRES ODBYWANIA STAŻU	SZCZEGÓŁOWY OPIS ZADAŃ ZAWODOWYCH WYKONYWANYCH PODCZAS STAŻU:

5. Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:

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

6. Dane dotyczące opiekuna (-ów):

a) Imię i nazwisko

b) Stanowisko

Liczba osób odbywających staż, nad którymi opiekun sprawuje opiekę ****

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis organizatora lub osoby
uprawnionej do jego reprezentowania)

Zapoznałem (-am) się z opisem zadań zawodowych:

.....
(data i podpis osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy
niepozostająca w zatrudnieniu)

****Opiekun osoby odbywającego staż może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż 3 stażystami. Liczba osób odbywających staż, nad którymi opiekun sprawuje opiekę, dotyczy umów w sprawie zorganizowania stażu zawartych ze wszystkimi powiatowymi urzędami pracy.

IV. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że:

1. dane zawarte w niniejszym wniosku i załączonych do niego dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym,
2. zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Urzędu o wszelkich zmianach danych we wniosku oraz w załącznikach,
3. nie toczy się w stosunku do firmy, którą reprezentuję postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację,
4. nie zalegam z zapłatą wynagrodzeń pracowników, należnych składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych,
5. nie zalegam w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych,
6. nie posiadam w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych,
7. w okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty stażu nie zostałem(-am) skazany(-a) prawomocnym wyrokiem za naruszenie obowiązków pracowniczych oraz nie jestem objęty(-a) postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie,
8. znana mi jest treść Regulaminu Powiatowego Urzędu Pracy w Sosnowcu w sprawie organizacji stażu dla osób niepełnosprawnych zarejestrowanych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Sosnowcu jako poszukujące pracy nie pozostające w zatrudnieniu finansowane ze środków PFRON,
9. na staż nie zostanie przyjęta osoba niepełnosprawna zarejestrowana jako poszukująca pracy niepozostająca w zmarnieniu w stopniu pokrewieństwa:
 - małżonka wnioskodawcy,
 - rodzic wnioskodawcy,
 - rodzeństwo wnioskodawcy,
 - dzieci własne lub przysposobione wnioskodawcy, małżonka wnioskodawcy, rodzeństwa wnioskodawcy,
10. dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych we wniosku, jak również innych danych przekazywanych w trakcie realizacji wniosku i umowy o zorganizowanie stażu.

NINIEJSZE OŚWIADCZENIE SKŁADAM POD RYGOREM ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA SZKODĘ SPOWODOWANĄ FAŁSZYWYM OŚWIADCZENIEM.

Jednocześnie wyrażam zgodę na:

1. Udostępnianie niniejszego wniosku innym instytucjom oraz ekspertom dokonującym ewaluacji i oceny.

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis organizatora lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania)

V. INFORMACJA WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCA DANYCH OSOBOWYCH

1. Administratorem Danych Osobowych Pana/Pani jest Powiatowy Urząd Pracy w Sosnowcu przy ul. Rzeźniczej 12, dalej jako „ADO”.
Administrującym danymi osobowymi w imieniu PUP w Sosnowcu jest Dyrektor PUP w Sosnowcu tel. kontaktowy 32 2978714, e- mail kaso@praca.gov.pl
2. Dane kontaktowe - Inspektora Ochrony Danych (IOD) w PUP Sosnowiec, tel. kontaktowy 32 2978702, e-mail iod@pup.sosnowiec.pl
3. Dane osobowe są przetwarzane w celu realizacji ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a, b, c RODO.
4. Dane osobowe mogą być przekazywane organom państwowym, organom ochrony prawnej (Policja, Prokuratura, Sąd) lub organom samorządu terytorialnego w związku z prowadzonym postępowaniem na podstawie umotywowanego wniosku z poprawną podstawą prawną lub które zawarły z administratorem danych umowy: powierzenia z dostawcami oprogramowania, systemów informatycznych, wsparcia technicznego.
5. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej.
6. Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania danych osobowych, nie dłużej niż wynika to z Jednolitego Rzeczonego Wykazu Akt Powiatowego Urzędu Pracy w Sosnowcu.
7. W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo do:
 - a) dostępu do danych osobowych, sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
 - b) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych,
 - c) wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie - jeśli do przetwarzania doszło na podstawie zgody.
 - Cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
 - Wymienione prawa mogą być ograniczone w sytuacjach, kiedy Urząd jest zobowiązany prawnie do przetwarzania danych w celu realizacji obowiązku ustawowego.
8. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO), gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pana/Pani narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27.04.2016 r. „RODO”.
9. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do rozpatrzenia wniosku o zorganizowanie stażu, zawarcie umowy o zorganizowanie stażu i jej realizacji, a także kontroli zgodności tych czynności z przepisami prawa.
10. Pana/Pani dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanym procesom podejmowania decyzji przez ADO.

Powyższa informacja spełnia obowiązek prawny uregulowany zapisami rozporządzenia 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) (Dz. Urz. UE L 20 6 Nr 119, s.1), zwanym „RODO”.

VI. Do wniosku załączam:

1. Aktualną umowę spółki w przypadku **spółek cywilnych**,
2. W przypadku przedszkoli i szkół oraz niepublicznych przedszkoli i niepublicznych szkół -zaświadczenie o wpisie do ewidencji szkół i placówek niepublicznych,
3. Pełnomocnictwo osoby upoważnionej do reprezentowania Organizatora, jeżeli zostało udzielone, a nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Organizatora.
4. Kopię dokumentu potwierdzającego prowadzenie działalności w innym miejscu niż w dokumencie rejestracyjnym (jeżeli miejsce odbywania stażu jest inne niż w w/w dokumentach.
5. Zgłoszenie miejsca aktywizacji zawodowej - **ZAŁĄCZNIK NR 1**

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis organizatora lub osoby
uprawnionej do jego reprezentowania)

**ZGŁOSZENIE MIEJSCA AKTYWIZACJI ZAWODOWEJ W RAMACH STAŻU
DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ – PFRON**

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE PRACODAWCY/ PRZEDSIĘBIORCY			
1. Nazwa pracodawcy / przedsiębiorcy:		3. Adres pracodawcy / przedsiębiorcy:	
		KOD POCZTOWY -	
		MIEJSCOWOŚĆ	
2. Imię, nazwisko pracodawcy / przedsiębiorcy lub pracownika wyznaczonego do kontaktów z PUP:		ULICA	
TELEFON:		E-MAIL.....	
4. Preferowana forma kontaktu z pracodawcą / przedsiębiorcą (telefon, mail, osobisty):		WWW.....	
5. REGON pracodawcy / przedsiębiorcy:	6. FORMA PRAWNA:	7. URZĄD SKARBOWY:	
8. NIP pracodawcy przedsiębiorcy:	9. Podstawowy rodzaj działalności wg PKD:	10. Liczba zatrudnionych pracowników:	
II. INFORMACJE DOTYCZĄCE OFERTY STAŻOWEJ			
11. Nazwa stanowiska:	12. Miejsce odbywania stażu:	13. Liczba przewidywanych miejsc stażu:	
14. Kod zawodu:		15. Rozkład czasu pracy:	
16. Wymagania stawiane kandydatom:		17. Ogólny zakres wykonywanych zadań:	
A / POZIOM WYKSZTAŁCENIA:			
B / UMIEJĘTNOŚCI, UPRAWNIENIA:			
C / WYMAGANIA DOT. PREDYSPOZYCJI PSYCHOFIZYCZNYCH I ZDROWOTNYCH:			
III. ADNOTACJE URZĘDU PRACY (WYPEŁNIA PUP)			
18. NR ORGANIZATORA	19. NUMER WNIOSKU	20. NR ZGŁOSZENIA	21. NR STANOWISKA PRACY
22. NUMER FK	23. OKRES WAŻNOŚCI OFERTY	24. UWAGI	
25. DATA PRZEKAZANIA ZGŁOSZENIA		26. PODPIS PRACOWNIKA	