Września, dnia ……………………

**Powiatowy Urząd Pracy**

**we Wrześni  
ul. Wojska Polskiego 2**

**62-300 Września**

## WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O ZORGANIZOWANIE STAŻU ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

## DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ POSZUKUJĄCEJ PRACY I NIEPOZOSTAJĄCEJ W ZATRUDNIENIU

**I. DANE WNIOSKODAWCY – ORGANIZATORA**

**1.Dane podstawowe:**

NAZWA:

……………………………………………………………………………………………………………….……

ADRES:

……………………………………………………………………………………………………………….……

NIP …………………………………………….. REGON ……………………………………………..

Telefon, e-mail ……………………………………………………………………………………………..…...

**Osoba/y uprawniona/e do reprezentacji Organizatora** (*zgodnie z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem)*:

**Imię: ………………………………………… Nazwisko: …………..……………………………….….…..,**

**Stanowisko służbowe: …………………………………….……….**

**Imię: ………………………………………… Nazwisko: …………..……………………………….….…..,**

**Stanowisko służbowe: …………………………………….……….**

**2. Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, w dniu złożenia wniosku: ……..***(nie należy uwzględniać zatrudnionych na podstawie umowy zlecenie i umowy o dzieło, osób przebywających na urlopach wychowawczych oraz pracowników młodocianych zatrudnionych w celu przygotowania zawodowego)*

**3. Forma prawna** *(właściwe podkreślić):*

* os. fizyczna prowadząca działalność gospodarczą
* spółka akcyjna
* spółka cywilna
* spółka jawna
* spółka z o. o.
* przedsiębiorstwo państwowe
* spółdzielnia
* inna (jaka? )

……………………………………..

*UWAGA! Do wniosku należy dołączyć w przypadku:*

*1) spółek: umowa spółki cywilnej,*

*2) stowarzyszeń właściwe dokumenty potwierdzające ich powstanie (np. uchwała o powstaniu, statut),*

*3) podmiotów prowadzących działalność rolniczą: zaświadczenie właściwego miejscowo wójta lub burmistrza potwierdzające posiadanie gospodarstwa rolnego oraz jego wielkości w ha przeliczeniowych.*

**4. Rodzaj działalności:** ……………………………………………………………………..

**5. Data rozpoczęcia działalności gospodarczej:** ………………………………………

**II. INFORMACJE NA TEMAT PLANOWANEGO STAŻU**

**1. Liczba osób niepełnosprawnych poszukujących pracy i niepozostających w zatrudnieniu zarejestrowanych w PUP we Wrześni, dla których istnieje możliwość zorganizowania stażu: ………**

**2. Dane kandydata do odbycia stażu** *(imię, nazwisko, PESEL lub data urodzenia)* **wskazanego przez Organizatora** *(jeżeli Organizator posiada kandydata)***:**

………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**3. Planowany okres realizacji stażu** *(minimum 3 miesiące)****:***



do



od

*dzień miesiąc rok dzień miesiąc rok*

**4. Siedziba i miejsce prowadzenia działalności** *(podać dokładny adres):*…………………………………………………………………………………………………………….…….…..………………………………………………………………………………………………………………………………………

**5. Miejsce odbywania stażu** *(podać dokładny adres):*

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

*Poniższe sformułowanie jest uzupełnieniem określenia miejsca odbywania stażu. Należy je zaznaczyć   
w przypadku odbywania stażu u pracodawcy, którego specyfika pracy opiera się na realizacji zleceń.*

**Każdorazowe miejsce wykonywania przez Organizatora zlecenia realizowanego w ramach   
 prowadzonej działalności.**

**6. Wymagania dot. predyspozycji psychofizycznych, poziomu wykształcenia oraz minimalnych kwalifikacji niezbędnych do podjęcia stażu:**

………………………………………………………………………………………………………………..…….…..……………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**7. Nazwa stanowiska pracy, na którym kandydat będzie odbywać staż** *(stanowisko zgodne   
z klasyfikacją zawodów i specjalności dostępną na stronie internetowej www.wrzesnia.praca.gov.pl – zakładka Urząd 🡪 dokumenty do pobrania 🡪 klasyfikacja zawodów i specjalności)***:**

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

**8. Po okresie stażu Organizator** *(zaznaczyć właściwe):*

zobowiązuje się do zatrudnienia bezpośrednio po zakończeniu umowy stażowej osoby   
 niepełnosprawnej poszukującej pracy i niepozostającej w zatrudnieniu, na umowę o pracę   
 przynajmniej na ½ etatu na okres co najmniej 1 miesiąca (30 dni kalendarzowych) …………..

*liczba osób*

nie zapewnia zatrudnienia …………..

*liczba osób*

………………………………. ………………………………………….……………….

*(data) (czytelny podpis osoby/osób*

*reprezentujących Organizatora)*

**OŚWIADCZENIA ORGANIZATORA**

Oświadczam/my, że:

* w przypadku zawarcia umowy dot. odbywania stażu wyrażam zgodę na podanie   
  do publicznej wiadomości tego faktu zgodnie z wymaganą procedurą art. 59b Ustawy   
  o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
* zapoznałem się z zasadami ubiegania się o środki z PFRON na organizację i realizację staży dla osób niepełnosprawnych poszukujących pracy i niepozostających w zatrudnieniu.

………………………………. ………………………………………….……………….

*(data) (czytelny podpis osoby/osób*

*reprezentujących Organizatora)*

**Oświadczenie o braku bezpośrednich lub pośrednich powiązań   
z podmiotami wpisanymi na listę sankcyjną MSWiA**

Oświadczam, że:

1. Nie widnieję na liście sankcyjnej MSWiA, o której mowa w art. 1 i art. 2  ustawy z dnia   
   13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2023 r. poz.129 ze zm.) oraz w wykazach określonych w rozporządzeniu Rady (WE) nr 765/2006 i rozporządzeniu Rady (We) nr 269/2014.
2. Mój beneficjent rzeczywisty (w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu) nie jest wpisany na listę sankcyjną MSWiA, o której mowa w art. 1 i art. 2 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2023 r. poz.129 ze zm. oraz w wykazach określonych w rozporządzeniu Rady (WE) nr 765/2006 i rozporządzeniu Rady (WE) nr 269/2014,
3. Moją jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r.   
   o rachunkowości nie jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu Rady (WE)   
   nr 765/2006 i rozporządzeniu Rady (WE) nr 269/2014 i nie jest ona wpisana na listę sankcyjną MSWiA,   
   o której mowa w art. 1 i art. 2 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego   
   (Dz. U. z 2023 r. poz.129 ze zm.)\*.

\* dot. spółek handlowych tylko wówczas gdy jest jednostką zależną w rozumieniu ustawy z dnia 29 września 1994 r.   
o rachunkowości

………………………………. ………………………………………….……………….

*(data) (czytelny podpis osoby/osób*

*reprezentujących Organizatora)*

**OŚWIADCZENIE ORGANÓW PAŃSTWOWYCH,**

**ORGANÓW SAMORZĄDOWYCH**

**ORAZ INNYCH INSTYTUCJI PRAWA PUBLICZNEGO**

*Uwaga!*

*Oświadczenie* ***nie dotyczy*** *wniosków składanych przez podmioty   
prowadzące działalność gospodarczą.*

……………………………….…………………………….......................................................................................

(nazwa instytucji)

działa na podstawie: …………………………………………………………………...……………………...............

(tytuł)

z dnia……………………………….

………………………………. ………………………………………….……………….

*(data) (czytelny podpis osoby/osób*

*reprezentujących Organizatora)*

**PROGRAM STAŻU**

**1. Nazwa zawodu lub specjalności, której dotyczy program** *(zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności):*

………………....................................................................................................................................................

**2. Dane kandydata do odbycia stażu** *(imię, nazwisko, PESEL lub data urodzenia)* **wskazanego przez organizatora** *(jeżeli Organizator posiada kandydata)***:**

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

**3. Miejsce odbywania stażu** *(dokładny adres):*

………………………………………………………………………………...……………………….……………………………………………………………………………………..………………………………………………………..

*Poniższe sformułowanie jest uzupełnieniem określenia miejsca odbywania stażu. Należy je zaznaczyć   
w przypadku odbywania stażu u pracodawcy, którego specyfika pracy opiera się na realizacji zleceń.*

**Każdorazowe miejsce wykonywania przez Organizatora zlecenia realizowanego w ramach prowadzonej działalności.**

**5. System czasu pracy** (*z zachowaniem przepisów określonych w Kodeksie Pracy*) **dla stanowiska pracy:**

5.1. Zmianowość: 5.2. Dni pracy: 5.3. Godziny pracy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| jednozmianowy  dwuzmianowy  inny (podać jaki)  ………………………………….  ………………………………….  …………………………………..  …………………………………. | poniedziałek  wtorek  środa  czwartek  piątek  sobota  niedziela | 7 – 15  6 – 14  14 – 22  inne (podać jakie)  ………………………………….  ………………………………….  ………………………………….. |

***UWAGA!!!***

* *Czas pracy osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy i niepozostającej w zatrudnieniu odbywającej staż nie może przekraczać 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo, a osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy i niepozostającej w zatrudnieniu będącego osobą niepełnosprawną w stopniu znacznym lub umiarkowanym – 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo.*
* *Osoba niepełnosprawna poszukująca pracy i niepozostająca w zatrudnieniu nie może odbywać stażu   
  w niedziele i święta, w porze nocnej lub w systemie pracy zmianowej ani w godzinach nadliczbowych.*
* *Urząd może wyrazić zgodę na realizację stażu w niedziele i święta lub w systemie pracy zmianowej, o ile charakter pracy w danym zawodzie wymaga takiego rozkładu czasu pracy****.***

**5.4. Uzasadnienie potrzeby realizacji stażu w niedziele i święta lub w systemie pracy zmianowej:**

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

**6. Zakres zadań wykonywanych przez osobę odbywającą staż** *(w tym koniecznie przejście szkolenia BHP przed rozpoczęciem pracy)***:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………...…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………................................................................................................................

**7. Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:**

…………………………………………………………………………………………………...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*Nabyte kwalifikacje lub umiejętności zawodowe zostaną potwierdzone na podstawie pisemnej opinii wydanej przez pracodawcę.*

**8. Dane opiekuna osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy i niepozostającej w zatrudnieniu odbywającej staż:**

imię i nazwisko: …………………………………………………

stanowisko: ………………………………………………………

wykształcenie: ……………………………………………………

telefon: ……………………………………………………………

*Opiekun osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy i niepozostającej w zatrudnieniu odbywającej staż może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż 3 osobami odbywającymi staż.*

*Zmiana programu stażu po zawarciu umowy może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej w postaci aneksu do umowy.*

…………………………………... ………………………………………….……………….

*(Urząd) (czytelny podpis osoby/osób*

*reprezentujących Organizatora)*