Powiatowy Urząd Pracy w Policach
ul. Tadeusza Kościuszki 5, 72-010 Police
centrala 91 424 08 60
fax 91 317 66 81
e-mail: szpo@praca.gov.pl

Krajowy Fundusz Szkoleniowy



www.police.praca.gov.pl

Znak: II……...

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć Organizatora)

POWIATOWY URZĄD PRACY
UL. TADEUSZA KOŚCIUSZKI 5
72 - 010 POLICE

WNIOSEK
O ORGANIZACJĘ STAŻU

I. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZATORA

1. **Nazwa Organizatora**
(nazwa filmy lub imię i nazwisko osoby prowadzącej jednoosobową działalność gospodarczą)

2. **Adres siedziby**

3. **Miejsce prowadzenia działalności**
(w przypadku, gdy adres jest inny od podanego w pkt. I.2)

4. **Nr telefonu** _|_|_| _|_| _|_| _|_|_|

5. **NIP** _|_|_| - _|_|_| - _|_| - _|_|

6. **Numer statystyczny Organizatora (REGON)** _|_|_|_|_|_|_|_|_|

7. **Podstawowy rodzaj działalności wg PKD** _|_|_|_|_|

8. **Forma prawna**
□ instytucja samorządowa lub rządowa
□ spółdzielnia
□ spółka akcyjna □ spółka z o.o. □ spółka cywilna
□ działalność indywidualna
□ inna (proszę podać jaka)

9. **Data rozpoczęcia działalności** ……..

Centrum Aktywizacji Zawodowej

10. **Nazwisko i imię osoby upoważnionej do podpisywania umowy przez Organizatora** ……..

II. STAN ZATRUDNIENIA

Tabela 1. Liczba zatrudnionych pracowników na dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy:

Forma zatrudnienia	Stan w dniu złożenia wniosku
Umowa o pracę	
Umowa zlecenie	
Umowa o dzieło	
Inne: ……...	

Uwaga: W okresie ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem wniosku □ **nastąpiło /** □ **nie nastąpiło** zmniejszenie zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy = proszę zaznaczyć właściwe oraz w przypadku spadku zatrudnienia prosimy o pisemne uzasadnienie jego przyczyny:
……
……
……

III. INFORMACJE SZCZEGÓŁOWE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI STAŻU ZAWODOWEGO:

1. **Liczba osób, dla których Organizator zamierza zorganizować staż zawodowy[1]:** ☐
2. **Proponowany okres odbywania stażu: (nie krótszy niż 3 miesiące, od… - do…)** .....
3. **Miejsce odbywania stażu (adres)** .....
4. **Godziny pracy osoby odbywającej staż[2]** .....
5. **Liczba osób, które po zakończeniu stażu zawodowego zostaną zatrudnione na min. 3 miesiące** ☐
6. **Opiekun stażysty:** (Imię i nazwisko, stanowisko służbowe oraz tel. komórkowy oraz e-mail) .....
7. **Imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby upoważnionej do kontaktu z Urzędem Pracy** (tel. komórkowy oraz e-mail) .....

[1] U Organizatora stażu, który jest pracodawcą, staż mogą odbywać jednocześnie osoby 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.

[2] 1. Czas pracy osoby odbywającej staż nie może przekraczać 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo.
2. Osoba nie może odbywać stażu w niedziele i święta, w porze nocnej, w systemie pracy zmianowej ani w godzinach nadliczbowych.
3. 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 czasu pracy.

Tabela 2. Informacje dotyczące charakterystyki stanowisk pracy osób bezrobotnych:

Lp.	Nazwa zawodu lub specjalności (zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności)	Liczba osób skierowanych do odbycia stażu	Wymagane kwalifikacje zawodowe (wykształcenie, zawód, specjalność, uprawnienia i inne) oraz predyspozycji psychofizycznych i zdrowotnych
1			
2			
3			

∗ w przypadku niezakwalifikowania się ww. kandydata/ów Organizator wyraża zgodę na skierowanie innego kandydata/ów wskazanych przez urząd:

□ tak □ nie

8. Informacje dodatkowe Organizatora:

.....

.....

9. Wyrażam zgodę na przesłanie decyzji w sprawie sposobu rozpatrzenia wniosku w postaci dokumentu elektronicznego na wskazany poniżej adres e-mail:

.....

10 . Oświadczam że (zaznaczyć właściwe)**:**

1) w okresie ostatnich 6 miesięcy □ **nie dokonano /** □ **dokonano** redukcji zatrudnienia i liczba zatrudnionych pracowników
□ **nie uległa /** □ **uległa** zmniejszeniu;
2) w dniu złożenia wniosku □ **nie zalegam /** □ **zalegam** z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych;
3) □ **nie toczy się /** □ **toczy się** w stosunku do podmiotu gospodarczego (Organizatora) postępowanie upadłościowe;
4) □ **nie został /** □ **został** zgłoszony wniosek o likwidację podmiotu gospodarczego (Organizatora);

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych

Administrator	Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Policach, mający siedzibę przy ul. Tadeusza Kościuszki 5 w Policach, reprezentowany przez Dyrektora Urzędu
Dane kontaktowe	Z administratorem możecie się Państwo kontaktować w następujący sposób: – telefonicznie pod numerem: 91 424 08 60 – za pośrednictwem skrzynki e-mail: sekretariat@pup.policki.pl – listownie pod adresem siedziby administratora
Inspektor Ochrony Danych	Możecie się Państwo kontaktować również z wyznaczonym przez administratora inspektorem ochrony danych pod adresem e-mail: iod@pup.policki.pl
Cele przetwarzania oraz podstawa prawna przetwarzania	Administrator będzie przetwarzać Państwa dane osobowe w celu wypełnienia ciążących na nim obowiązków prawnych, wykonania zadań realizowanych w interesie publicznym lub w ramach sprawowania powierzonej władzy publicznej oraz w celu zawarcia i wykonania umowy w związku z realizacją zadań określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy do których należą m.in.: realizacja usług i instrumentów rynku pracy oraz innych określonych w ustawie form pomocy, prowadzenie postępowań windykacyjnych, opracowywanie statystyk, analiz i sprawozdań; a także w celu realizacji obowiązków i zadań określonych w przepisach z zakresu postępowania administracyjnego, archiwum i innych przepisach prawa powszechnie obowiązującego - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b, c i e 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)
Okres przechowywania danych	Państwa dane osobowe będą przechowywane: – w postaci papierowej przez okres 10 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym złożono wniosek o dofinansowanie; – w systemach teleinformatycznych przez okres 50 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym zakończono udzielanie pomocy
Odbiorcy danych (podmioty, którym udostępniamy Państwa dane osobowe)	Odbiorcami Państwa danych osobowych mogą być organy państwowe lub inne podmioty uprawnione do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa, banki, operatorzy pocztowi, podmioty realizujące na rzecz administratora usługi informatyczne i prawne
Przekazywanie danych do Państw trzecich	Administrator nie będzie przekazywał Państwa danych osobowych do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym
Prawa osoby, której dane dotyczą	Przysługuje Państwu: a) prawo dostępu do danych oraz otrzymania ich kopii; b) prawo do sprostowania (poprawiania) danych; c) prawo do usunięcia danych; d) prawo do ograniczenia przetwarzania danych; e) prawo do przenoszenia danych; f) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych; g) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego na adres Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa Powyższe prawa mogą zostać ograniczone zgodnie z przepisami prawa
Informacja o wymogu podania danych	Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym i/lub warunkiem zawarcia umowy, ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości realizacji celów przetwarzania
Profilowanie i zautomatyzowane przetwarzanie danych	Państwa dane nie posłużą administratorowi do zautomatyzowanego podejmowania decyzji jak również profilowania

.....

Podpis i pieczęć Organizatora

.....

Podpis i pieczęć imienna osoby uprawnionej przez Organizatora

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

Załącznik nr 1. Program stażu zgodnie dla każdego stanowiska pracy (sporządzony w 2 egzemplarzach);

Załącznik nr 2. W przypadku, gdy Organizatora reprezentuje pełnomocnik, do wniosku należy załączyć oryginał pełnomocnictwa lub kopie poświadczoną zgodnie z KPA określającą jego zakres i podpisane przez osoby uprawnione do reprezentacji Organizatora (nie dotyczy spółek, których reprezentacja określona jest w KRS).

Ważne informacje dodatkowe:

1) Wniosek można złożyć osobiście w Kancelarii Powiatowego Urzędu Pracy w Policach ul. Tadeusza Kościuszki 5 lub przesłać pocztą na adres Urzędu lub elektronicznie poprzez platformę www.praca.gov.pl po opatrzeniu kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub profilem zaufanym.
2) W ciągu 30 dni od daty złożenia kompletnego wniosku, w miarę możliwości finansowych Funduszu Pracy, Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy w Policach podejmie decyzję o jego rozpatrzeniu. W przypadku decyzji pozytywnej zostanie zawarta umowa określająca szczegółowe warunki organizacji stażu.

Powiatowy Urząd Pracy w Policach
ul. Tadeusza Kościuszki 5, 72-010 Police
centrala 91 424 08 60
fax 91 317 66 81
e-mail: szpo@praca.gov.pl
Krajowy Fundusz Szkoleniowy



Załącznik nr 1

PROGRAM STAŻU
(oddzielnie dla każdego stanowiska)

……..……..
(imię i nazwisko osoby odbywającej staż)

1. **Nazwa komórki organizacyjnej, Adres siedziby** ……..

2. **Miejsce odbywania stażu** ……

3. **Nazwa zawodu lub specjalności** ……..

4. **Nazwa stanowiska pracy** ……..……

5. **Kod zawodu** ……..…

6. **Imię i nazwisko, stanowisko służbowe** ……..……..

Stanowisko: . ……

Tel.: ……..…… e-mail: ……..……..

7. **Opis i zakres zadań zawodowych wykonywanych przez osobę:**

Zakres wykonywanych zadań	**Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji / umiejętności**
.	

Organizator oświadcza, iż realizacja ww. programu stażu umożliwi osobie odbywającej staż samodzielne wykonywanie pracy na danym stanowisku lub w zawodzie po zakończeniu stażu i wyda potwierdzenie nabytych kwalifikacji lub nabytych umiejętności zawodowych.

Organizator po zakończeniu realizacji programu stażu wyda opinię zawierającą informację o zadaniach realizowanych przez osobę odbywającą staż i umiejętnościach praktycznych pozyskanych w trakcie stażu.

Załącznik nr 1

PROGRAM STAŻU
(oddzielnie dla każdego stanowiska)

……..…….
(imię i nazwisko osoby odbywającej staż)

Nazwa komórki organizacyjnej, Adres siedziby ……..

2. **Miejsce odbywania stażu** ……

3. **Nazwa zawodu lub specjalności** ……..

4. **Nazwa stanowiska pracy** ……..……

5. **Kod zawodu** ……..…

6. **Imię i nazwisko, stanowisko służbowe** ……..……..

Stanowisko: . ……

Tel.: ……..…… e-mail: ……..……..

7. **Opis i zakres zadań zawodowych wykonywanych przez osobę:**

Zakres wykonywanych zadań	**Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji / umiejętności**
.	

Organizator oświadcza, iż realizacja ww. programu stażu umożliwi osobie odbywającej staż samodzielne wykonywanie pracy na danym stanowisku lub w zawodzie po zakończeniu stażu i wyda potwierdzenie nabytych kwalifikacji lub nabytych umiejętności zawodowych.

Organizator po zakończeniu realizacji programu stażu wyda opinię zawierającą informację o zadaniach realizowanych przez osobę odbywającą staż i umiejętnościach praktycznych pozyskanych w trakcie stażu.