



Powiatowy
Urząd Pracy
w Policach

.....dn.....
(miejscowość)

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

.....
(pieczęć firmowa pracodawcy)

**WNIOSEK
o zorganizowanie stażu dla osób bezrobotnych**

Wnoszę o skierowanie bezrobotnego (ych) do odbycia stażu zawodowego zgodnie z artykułem 114 oraz na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia.

I. Dane dotyczące organizatora stażu

1. Nazwa organizatora lub imię i nazwisko:

2. Adres siedziby:

Miejsce prowadzenia działalności:

3. Telefon: e-mail:

4. REGON: NIP:

5. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności:

6. Krótki opis prowadzonej działalności:

.....
.....

7. Liczba pracowników zatrudnionych na dzień składania wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy:

.....

8. Osoba uprawniona do reprezentowania organizatora (w tym podpisania umowy):

.....
.....

(imię i nazwisko, funkcja-stanowisko, PESEL)

9. Osoba upoważniona do kontaktu z Urzędem:

(imię i nazwisko, telefon oraz e-mail)

II. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI PROPONOWANEGO STAŻU

1. Proponuję zorganizowanie stażu na następującym(ch) stanowisku(ach):

L.p.	Nazwa zawodu (zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności)	Liczba osób	Wymagania dotyczące predyspozycji psychofizycznych i zdrowotnych, poziomu wykształcenia oraz minimalnych kwalifikacji niezbędnych do podjęcia stażu
1			
2			
3			
4			

2. Wskazuję następujących pracowników pełniących funkcję opiekuna stażu:

.....
(imię i nazwisko, stanowisko)

3. Proponowany okres odbywania stażu (nie krótszy, niż 3 miesiące, nie dłuższy niż 6 miesięcy):

4. Miejsce odbywania stażu (adres):

5. Godziny pracy osób odbywających staż, system pracy i rozkład czasu pracy:

.....
.....

6. Liczba osób, które po zakończeniu stażu zawodowego zostaną zatrudnione na min. 3 miesiące:

7. Dodatkowe informacje organizatora stażu (np. imię i nazwisko proponowanej osoby bezrobotnej, szczegółowe uzasadnienie dla realizacji stażu w formie zdalnej):

.....
.....

III. Oświadczenia osób reprezentujących podmiot ubiegający się o organizację stażu

Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję:

1. **ZALEGA / NIE ZALEGA** z zapłatą wynagrodzeń pracownikom oraz opłaceniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

W przypadku zalegania **ZOSTAŁ / NIE ZOSTAŁ** ustalony system ratalny spłaty ww. zobowiązań.

2. **ZALEGA / NIE ZALEGA** z zapłatą należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne.

3. **ZALEGA / NIE ZALEGA** z opłaceniem innych danin publicznych.

4. W okresie ostatnich 2 lat **BYŁEM(AM) / NIE BYŁEM(AM)** prawomocnie skazany za przestępstwo składania fałszywych zeznań lub oświadczeń, przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów lub przeciwko obrotowi gospodarczemu i interesom majątkowym w obrocie cywilnoprawnym, przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową, na podstawie ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2025 r. poz. 383), przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. – Kodeks karny skarbowy (Dz. U. z 2025 r. poz. 633) lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(Podpis i pieczęćka pracodawcy lub osoby upoważnionej)

Załączniki do wniosku:

1. Program stażu osobno dla każdego stanowiska.
2. Informacje o przetwarzaniu danych osobowych.
3. W przypadku gdy Organizatora reprezentuje jego pełnomocnik do wniosku należy załączyć oryginał pełnomocnictwa lub kopię poświadczoną zgodnie z KPA określającą jego zakres i podpisane przez osoby uprawnione do reprezentowania Organizatora (nie dotyczy spółek, których reprezentacja jest określona w KRS).

PROGRAM STAŻU
(oddzielnie dla każdego stanowiska)

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

Nazwa komórki organizacyjnej

Nazwa zawodu / specjalności

Miejsce odbywania stażu

Czas pracy bezrobotnego odbywającego staż: od godz. do godz.....

Imię, nazwisko i stanowisko opiekuna(ów) bezrobotnego(ych) odbywającego(ych) staż:

L.p.	Opis i zakres wykonywanych zadań zawodowych pod nadzorem opiekuna stażu Zakres wiedzy lub umiejętności zawodowych przewidzianych do opanowania

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

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 ciężących 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 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia, 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 przez okres 10 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 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 osoby upoważnionej