

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.policie.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 firmy 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. 1.2)

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 jaką)

9. **Data rozpoczęcia działalności**



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 SZCZEGÓLWE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI STAŻU ZAWODOWEGO:

1. Liczba osób, dla których Organizator zamierza zorganizować staż zawodowy¹:

2. Proponowany okres odbywania stażu: (nie krótszy niż 3 miesiące, od... - do...)

3. Miejsce odbywania stażu (adres)

4. Godziny pracy osoby odbywającej staż²

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 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 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 wnioski 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.



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 wykonywanych zadań zawodowych przez osobę pod nadzorem opiekuna stażu:**

Zakres wykonywanych zadań:

-
-
-
-
-
-
-

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.

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

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 wykonywanych zadań zawodowych przez osobę pod nadzorem opiekuna stażu:**

Zakres wykonywanych zadań:

-
-
-
-
-
-
-

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.