

Łódź, dnia

POWIATOWY URZĄD PRACY W ŁODZI

WNIOSEK

O ZAWARCIE UMOWY O ZORGANIZOWANIE STAŻU

na zasadach określonych w art. 11 ust. 2 pkt 2 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2018r. poz. 511 z późn. zm.) w nawiązaniu art. 53 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2018 roku, poz. 1265 z późn. zm. i poz. 1149) oraz w Rozporządzeniu MPiPS z dnia 20 sierpnia 2009 roku w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz. U. z 2009 roku Nr 142, poz. 1160)

Pouczenie:

1. W ramach jednego wniosku możliwe jest ubieganie się o 1 stażystę.
2. Wniosek należy wypełnić czytelnie, bez zmian szaty graficznej.
3. Wszystkie pozycje we wniosku muszą zostać wypełnione, w przypadku gdy którykolwiek punkt wniosku nie dotyczy Organizatora należy wpisać „nie dotyczy”.
4. Wszelkie skreślenia i poprawki należy nanosić w sposób umożliwiający odczytanie poprawionej treści; każda poprawka winna być parafowana przez Organizatora lub osobę upoważnioną.
5. Rozpatrzeniu będzie podlegał tylko wniosek kompletny i prawidłowo wypełniony.
6. Poszukujący pracy nie może odbywać stażu w niedziele i święta, w porze nocnej, w systemie pracy zmianowej ani w godzinach nadliczbowych. Jeżeli charakter pracy w danym zawodzie wymaga takiego rozkładu czasu pracy do wniosku należy dołączyć uzasadnienie, z którym Urząd zapozna się i podejmie decyzję o możliwości realizacji stażu w systemie wskazanym przez Organizatora.

Wnoszę o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu dla 1 osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu z proponowanym okresem odbywania stażu do: miesięcy (*minimum 3 miesiące*)

I. Podstawowe informacje o Organizatorze stażu

	Pracodawca*
	Rolnicza spółdzielnia produkcyjna*
	Przedsiębiorca niezatrudniający pracownika na zasadach przewidzianych dla pracodawców*
	Organizacja pozarządowa*
	Pełnoletnia osoba fizyczna, zamieszkująca i prowadząca na terytorium RP, osobiście i na własny rachunek, działalność w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej, w tym ogrodniczej, sadowniczej, pszczelarskiej, i rybnej, w pozostającym w jej posiadaniu gospodarstwie rolnym obejmującym obszar użytków rolnych o powierzchni 2 ha przeliczeniowe lub prowadzącej działalność specjalnej produkcji rolnej, o którym mowa w ustawie z dnia 20 grudnia 1990 roku o ubezpieczeniu społecznym rolników (tj. Dz. U. z 2019 roku, poz. 299 z późn.zm.)*

* właściwe zaznaczyć

1. Pełna nazwa Organizatora:
.....
2. Numer identyfikacji podatkowej NIP:
3. Adres siedziby Organizatora:

4. Adres do korespondencji:
5. Miejsce prowadzenia działalności:
.....
6. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktu z Urzędem w sprawie złożonego wniosku:
....., numer telefonu,
fax, e-mail
7. Numer statystyczny REGON (jeżeli został nadany):
8. Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD po 2007 roku)
9. Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy wg stanu na dzień złożenia wniosku wynosi:
(do stanu zatrudnienia nie wlicza się właścicieli, osób, z którymi zawarto umowy zlecenia, umowy o dzieło, umowy o pracę nakładczą, uczniów, praktykantów, stażystów – dotyczy umów zawartych z urzędami pracy)
10. Liczba osób bezrobotnych, opiekunów osoby niepełnosprawnej i osób niepełnosprawnych poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu odbywających staż na podstawie zawartych umów z urzędami pracy na dzień złożenia wniosku wynosi do dnia (najpóźniejsza data zakończenia odbywania stażu w ramach zawartych umów)
11. Zobowiązuję się do przestrzegania zasad: „Równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami” oraz „Równości szans kobiet i mężczyzn” w procesie rekrutacji i organizacji stażu.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Łodzi z siedzibą w Łodzi przy ul. Milionowej 91, kod pocztowy 93-121,
2. Inspektorem ochrony danych Powiatowego Urzędu Pracy w Łodzi można skontaktować się pod numerem telefonu (42) 251 65 16, e-mail: iod@pup-lodz.pl lub pisemnie na adres naszej siedziby, wskazany w pkt. 1.
3. Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO tj. przetwarzanie jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze w celu realizacji zadań ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 1265 z późn. zm.i poz.1149), ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2018r. poz. 511 z późn. zm.) oraz aktów wykonawczych do ww. ustaw i będą udostępniane innym organom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.
4. Odmowa podania danych osobowych jest równoznaczna z brakiem możliwości skorzystania z usług i instrumentów rynku pracy przewidzianych w ww. ustawach.

5. W związku z przetwarzaniem przez Administratora danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych, prawo do sprostowania danych w zakresie wynikających z przepisów prawo do przenoszenia danych, prawo do usunięcia danych, prawo do ograniczenia przetwarzania danych oraz prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.
6. W przypadku, w którym przetwarzanie Pani/Pana danych odbywa się na podstawie zgody przysługuje prawo do cofnięcia jej w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy dotyczące ochrony danych osobowych.
8. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane w sposób zapewniający poufność, integralność oraz dostępność zgodnie z obowiązującą ustawą z dnia 14 lipca 1983r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach(tj. Dz. U. z 2018r. poz. 217 z późn. zm.)

Załączniki:

1. Zgłoszenie wolnego miejsca stażu – Załącznik Nr 1
2. W przypadku ustanowienia pełnomocnictwa do reprezentowania Organizatora, potwierdzona kopia tego pełnomocnictwa
3. W przypadku instytucji publicznej potwierdzona kserokopia dokumentu powołującego osobę reprezentującą oraz potwierdzona kserokopia dokumentu powołującego instytucję (np. uchwały, zarządzenia, itp.)
4. W przypadku spółek cywilnych – potwierdzona kserokopia umowy spółki wraz z aneksami
5. W przypadku prowadzenia działalności w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej Organizator dodatkowo dołącza potwierdzone kserokopie:
 - zaświadczenia o posiadaniu gospodarstwa rolnego obejmującego obszar użytków rolnych o powierzchni co najmniej 2 ha przeliczeniowych lub o prowadzeniu działu specjalnej produkcji rolnej,
 - zaświadczenia z KRUS o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu,
 - decyzji Urzędu Skarbowego w sprawie wymiaru zaliczek na podatek dochodowy za rok bieżący.

Wykaz wszystkich załączników i dokumentów lub ich kopii złożonych do wniosku:

Lp.	Nazwa załącznika
1.	Zgłoszenie wolnego miejsca stażu – szt.
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
pieczęć firmowa Organizatora

.....
podpis i pieczęć imienna Organizatora
lub osoby upoważnionej do reprezentowania Organizatora

.....
pieczęć Organizatora stażu

Załącznik Nr 1 do wniosku
o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu

OFPR/...../..... (Adnotacja Urzędu)

ZGŁOSZENIE WOLNEGO MIEJSCA STAŻU

(w przypadku ubiegania się o różne stanowiska stażowe należy wypełnić następnę zgłoszenie)

Nazwa stanowiska	Liczba stanowisk	Nazwa zawodu zgodnie z Klasyfikacją zawodów i specjalności (www.psz.praca.gov.pl)	Kod zawodu	Miejsce odbywania stażu*: (adres z kodem pocztowym, nazwa komórki organizacyjnej)	Miejsce akceptacji kierowanych osób (adres z kodem pocztowym)						
			<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								
Zakres zadań zawodowych (opisać rodzaj pracy oraz wskazać czynniki szkodliwe i uciążliwe)**			Minimalne kwalifikacje niezbędne do podjęcia stażu		Wymagania dotyczące predyspozycji psychofizycznych i zdrowotnych	Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych					
			a) wykształcenie b) kierunek/specjalność c) umiejętności d) inne (język-poziom znajomości								
W przypadku występowania czynników szkodliwych i uciążliwych na wnioskowanym stanowisku należy je wymienić:											

* U Organizatora działającego na podstawie CEiDG adres odbywania stażu musi być tożsamy z aktualnym wpisem w CEiDG

** Urząd zaakceptowaną osobę na staż kieruje na badania lekarskie w zakresie podstawowym zgodnie z zakresem zadań zawodowych, dodatkowe badania lekarskie potrzebne do realizowania zadań w trakcie odbywania stażu Organizator stażu wykonuje we własnym zakresie.

System pracy: godziny pracy: od do,

Dni tygodnia: od do

Dane opiekuna/opiekunów osoby/ osób odbywającej/ych staż <i>(opiekun może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż 3 osobami odbywającymi staż)</i>			
Imię i Nazwisko	Stanowisko	Numer telefonu	Liczba stażystów będących pod opieką w dniu złożenia wniosku

Dane kandydata/ów Organizatora, zarejestrowanego/ych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Łodzi (*imię i nazwisko, data urodzenia*):

.....

.....

.....

.....
podpis i pieczęć imienna Organizatora
lub osoby upoważnionej do reprezentowania Organizatora