

**Powiatowy Urząd Pracy w Zduńskiej Woli**



Fundusze Europejskie

Jednostka Samorządu Terytorialnego

ul. Getta Żydowskiego 4

tel. 43 823 23 27

www.zdunskawola.praca.gov.pl

98-220 Zduńska Wola

fax 43 824 56 88

sekretariat@zdunskawola.praca.gov.pl

**Pieczęć wpływu**

.....  
**Pieczętka Organizatora**

**Pozycja rejestru ogłoszeń**

.....  
**nr telefonu**

..... / 2023

.....  
**e-mail**

**Starosta Zduńskowolski za pośrednictwem PUP w Zduńskiej Woli**

Wniosek należy złożyć w Powiatowym Urzędzie Pracy w Zduńskiej Woli, ul. Getta Żydowskiego 4

**WNIOSEK**

**o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu na okres ..... (do 6 miesięcy) \*<sup>1</sup>**

**o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu na okres .....(do 12 miesięcy)\*<sup>2</sup>**

**dla ..... bezrobotnego(ych) \*<sup>3</sup> zarejestrowanego(ych) w Powiatowym Urzędzie Pracy w Zduńskiej Woli**

Podstawa Prawna:

1. art. 53 Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jedn. Dz. U. z 2023 r., poz. 735).
2. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20.08.2009 r.(Dz. U. z 2009r. Nr 142, poz.1160) w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych.

\* 1- bezrobotny **powyżej** 30 roku życia;

\* 2- bezrobotny **do** 30 roku życia;

\* 3- u organizatora stażu, który jest pracodawcą, staż mogą odbywać jednocześnie bezrobotni 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 jeden bezrobotny.



Fundusze Europejskie  
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



województwo  
**łódzkie**

## I. Wnioskodawca:

1. Nazwa organizatora stażu i adres siedziby:

.....  
.....

2. Imię i nazwisko organizatora stażu: .....

forma prawna: .....

rodzaj działalności: .....

3. Dane identyfikacyjne:

.....	.....	.....	.....
-------	-------	-------	-------

NIP

REGON

PKD

Data rozpoczęcia działalności

4. Nazwisko i imię osoby reprezentującej organizatora:

.....

## II. Liczba pracowników zatrudnionych w chwili obecnej u organizatora stażu w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy:

.....

## III. Dane dotyczące miejsc stażu:

Lp.	Kod zawodu zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności*	Nazwa stanowiska zgodnie z kodem zawodu, nazwa komórki organizacyjnej	Liczba miejsc stażu	Wymagania dotyczące predyspozycji psychofizycznych i zdrowotnych, poziomu wykształcenia oraz minimalnych kwalifikacji niezbędnych do podjęcia stażu przez bezrobotnego na danym stanowisku	Proponowany okres odbywania stażu od dnia - do dnia

\*Klasyfikacja zawodów i specjalności wprowadzona Rozporządzeniem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 227z późn. zm.) jest dostępna na stronie internetowej <http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/>

1. Opis warunków pracy uwzględniający informacje o występowaniu na stanowisku lub stanowiskach pracy czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy, z podaniem wielkości narażenia oraz aktualnych wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tym stanowisku – należy wpisać nazwę czynnika/czynników i wielkość/wielkości narażenia:

a) Czynniki fizyczne: .....

b) Pyły:.....

c) Czynniki chemiczne:.....

d) Czynniki biologiczne: .....

e) Inne czynniki, w tym niebezpieczne:.....

.....

1. Miejsce odbywania stażu: .....  
adres

2. Opiekun bezrobotnego:

.....  
imię i nazwisko, stanowisko opiekuna

.....  
imię i nazwisko, stanowisko opiekuna

**UWAGA! Jeżeli wnioskodawca posiada kandydata (-ów)\* na staż proszę o podanie poniżej jego danych personalnych (imię nazwisko, adres, data urodzenia, nr telefonu)**

.....  
.....

\*wskazany kandydat **nie może** być osobą, która po zakończonym stażu byłaby zatrudniona jako osoba współpracująca w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych.

#### **IV. Dotychczasowa współpraca z Powiatowymi Urzędami Pracy w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku:**

<b>FORMA</b>	Liczba miejsc pracy	W jakim okresie?	Liczba zatrudnionych osób po zakończeniu umowy	UWAGI
1	2	3	4	5
Roboty publiczne				
Prace interwencyjne				
Staże				
Doposażenie/wyposażenie stanowiska pracy				
Inne (jakie?)				

#### **Oświadczam, że:**

- Po zakończeniu stażu zobowiązujemy się do zatrudnienia** w pełnym / niepełnym wymiarze czasu pracy ..... (jeśli niepełnym podać jakim), ..... osoby (osób) na okres ..... miesięcy lub innej pracy zarobkowej ..... (jakiej), która (e) ukończyła (y) odbywanie stażu.
- Organizacja w moim zakładzie stażu nie będzie przyczyną zwolnień pracowników obecnie zatrudnionych.
- Zostałem poinformowany, iż jeżeli w ciągu 30 dni od dnia otrzymania pisma informującego o pozytywnym zaopiniowaniu wniosku nie zostanie dokonany wybór przez wnioskodawcę osoby bezrobotnej na staż, mimo kierowania osób przez PUP, wniosek będzie równoznaczny z brakiem możliwości jego realizacji i rezygnacją z przedmiotowego wniosku.

4. Zapoznałem/am się z regulaminem dotyczącym organizowania stażu w Powiatowym Urzędzie Pracy w Zduńskiej Woli.
5. **Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń i oświadczam, iż wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym, a dołączone załączniki wymagane do wniosku są zgodne z oryginałem.**
6. Zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej, która stanowi załącznik nr 3.

.....  
(data, podpis i pieczęć Organizatora)

#### **Załączniki do wniosku:**

1. Kserokopia dokumentu stanowiącego podstawę prawną funkcjonowania wnioskodawcy (w przypadku rolnika zaświadczenie z KRUS o prowadzeniu działalności rolniczej oraz w szczególnych przypadkach koncesja lub pozwolenie na prowadzenie działalności, kserokopia umowy spółki cywilnej – jeśli dotyczy).
2. Kserokopia aktu notarialnego potwierdzającego posiadanie gospodarstwa rolnego i łączną powierzchnię użytków rolnych w przypadku prowadzenia działalności rolniczej.
3. Kserokopia dokumentu stwierdzającego uprawnienie osoby do reprezentowania i składania oświadczeń w imieniu pracodawcy.
4. Program stażu (załącznik nr 1).
5. Oświadczenie (załącznik nr 2).
6. Obowiązek informacyjny (załącznik nr 3).
7. Oświadczenie współwłaścicieli spółki cywilnej (załącznik nr 4 – jeśli dotyczy).
8. Oświadczenie (załącznik nr 5).

W przypadku, gdy **miejsce odbywania stażu nie wynika z załączników** (tj. z KRS, z wpisu do ewidencji działalności gospodarczej) należy dołączyć kserokopię dokumentu potwierdzającego **tytuł prawny do lokalizacji** miejsca odbywania stażu.

**UWAGA: Wnioski wypełnione nieczytelnie, podpisane przez nieupoważnioną osobę, nie zawierające pełnej informacji o wolnym miejscu stażu, bez kompletu załączników nie będą spełniały wymogów formalnych do pozytywnego rozpatrzenia.**

#### **Pouczenie**

Zgodnie z art. 22 ust.1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. z 2022 poz. 583 z późn. zm.), podmiot powierzający wykonywanie pracy przesyła powiadomienie w terminie 14 dni od dnia podjęcia pracy przez obywatela Ukrainy do Powiatowego Urzędu Pracy właściwego ze względu na siedzibę lub miejsce zamieszkania podmiotu o powierzeniu wykonywania pracy temu obywatelowi. Zawarcie każdej kolejnej umowy z obywatelem Ukrainy powoduje obowiązek przesłania nowego powiadomienia o powierzeniu wykonywania pracy temu obywatelowi.

Powiadomienia należy dokonać poprzez system elektroniczny [praca.gov.pl](http://praca.gov.pl)

**UWAGA: W przypadku niedopełnienia ww. obowiązku zatrudnienie obywatela Ukrainy będzie uznane za nielegalne!**

Zapoznałem/am się z pouczeniem .....

(data, podpis i pieczęć Organizatora)

## V. WYPEŁNIA PUP:

**Opinia doradcy klienta** dotycząca stanowisk(a) pracy proponowanych(ego) we wniosku i osoby(ów) bezrobotnej(ych) spełniającej(ych) kryteria do skierowania na staż na proponowanym(ych) stanowisku(ach).

Realizacja i forma pomocy zgodna z IPD:

- TAK
- NIE

Dokonano przesyłu do ZUS:       TAK                       NIE

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(czytelny podpis doradcy klienta)

## VI. DECYZJA STAROSTY LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ:

Starosta lub osoba upoważniona:

- nie wyraża zgody\*
- wyraża zgodę\* na podpisanie umowy o skierowanie ..... bezrobotnego(ych) do odbycia stażu na okres .....
- wyrażam/nie wyrażam zgodę(y)\* na realizację stażu w niedzielę i święta, w porze nocnej lub w systemie pracy zmianowej.

.....  
\* niepotrzebne skreślić

Dodatkowe uwagi:

.....  
.....  
.....

.....  
(data, podpis i pieczęć Starosty  
lub osoby upoważnionej)



## PROGRAM STAŻU

1. Nazwa zawodu lub specjalności, której program dotyczy:

.....

2. Nazwa komórki organizacyjnej i stanowiska pracy:

.....

3. Godziny pracy Stażysty u Organizatora\*:

.....

\* Czas pracy bezrobotnego odbywającego staż **nie może** przekroczyć 8 godzin dziennie i 40 godzin tygodniowo a bezrobotnego będącego osobą niepełnosprawną zaliczoną do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo oraz bezrobotny niepełnosprawny nie może odbywać stażu w porze nocnej.

Bezrobotny **nie może odbywać stażu w godzinach nadliczbowych**, w niedzielę i święta, w porze nocnej, w systemie pracy zmianowej, a w przypadku realizacji 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 - **tylko za zgodą Starosty lub osoby upoważnionej**.

Wnioskuje o realizację stażu: **w niedzielę i święta / w porze nocnej / w systemie pracy zmianowej** (niepotrzebne skreślić)

### Uzasadnienie :

w przypadku konieczności realizacji stażu w niedzielę i święta, w porze nocnej lub w systemie pracy zmianowej

.....  
.....  
.....

Okres trwania stażu (etapy realizacji zadań):	Opis zadań zawodowych, jakie będą wykonywane podczas stażu:

4. Rodzaj kwalifikacji lub umiejętności zawodowych do uzyskania po zakończeniu stażu:

.....  
.....

5. Potwierdzeniem nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych będzie wydana **OPINIA ORGANIZATORA** zawierająca informacje o zadaniach realizowanych przez bezrobotnego oraz sporządzone przez bezrobotnego **SPRAWOZDANIE** z przebiegu stażu zawierające informacje o wykonywanych zadaniach oraz uzyskanych kwalifikacjach lub umiejętnościach zawodowych.

6. Opiekunem bezrobotnego odbywającego staż ze strony organizatora będzie :

.....  
.....

(imię i nazwisko, stanowisko opiekuna)

**Zmiana programu może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej w postaci aneksu do zawartej umowy.**

.....  
(podpis i imienna pieczęć Organizatora)



## OŚWIADCZENIE

.....  
nazwa Organizatora

.....  
adres Organizatora

**Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń i oświadczam, iż wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym:**

1. **nie zalegam / zalegam\*** z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych;
2. **nie zalegam / zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie innych danin publicznych;
3. **nie toczy się / toczy się\*** w stosunku do podmiotu gospodarczego postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację;

.....  
( podpis i pieczętka Organizatora)

\* niepotrzebne skreślić

## **Klauzula informacyjna dla pracodawców składających wnioski o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, tj. RODO) uprzejmie informujemy, że:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Zduńskiej Woli z siedzibą przy ul. Getta Żydowskiego 4, 98-220 Zduńska Wola. Mogą się Państwo z nami skontaktować w sposób tradycyjny pisząc na wskazany adres, telefonicznie pod numerem: +048 (43) 823-23-27 lub +048 (43) 823-23-28 oraz elektronicznie za pośrednictwem poczty e-mail kierując wiadomość na adres: sekretariat@zdunskawola.praca.gov.pl.

Chcąc zapewnić bezpieczeństwo Państwa danych osobowych Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować za pośrednictwem poczty elektronicznej pod adresem: iod@zdunskawola.praca.gov.pl

Celem przetwarzania danych, jaki realizuje Administrator jest **organizacja staży dla osób bezrobotnych**. W związku z powyższym Państwa dane osobowe są przetwarzane w rozumieniu art. 6 ust. 1 lit. c) oraz e) RODO, na podstawie przepisów prawa, które określa Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych. Ponadto w przypadku przyznania wnioskowanej pomocy, Państwa dane będą przetwarzane na podstawie zawartej umowy, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. b) RODO.

W ramach określonego celu nie występuje profilowanie, przy czym Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany oraz nie będą transferowane poza Polskę. Jednocześnie informujemy, że podanie danych jest dobrowolne, jednak niezbędne do realizacji wyżej określonego celu.

Państwa dane będą przetwarzane zgodnie z przepisami prawa<sup>1</sup> przez okres 10 lat po rozpatrzeniu złożonego wniosku, w związku z realizacją obowiązków ciążących na Administratorze, przy czym odbiorcami Pani/Pana danych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa oraz podmioty świadczące obsługę poczty elektronicznej<sup>2</sup>. W związku z przetwarzaniem danych osobowych posiadają Państwo prawo do dostępu oraz sprostowania podanych danych, prawo do żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.

Z przedstawionych praw mogą Państwo skorzystać kontaktując się z Administratorem, zgodnie z powyższymi instrukcjami.

W przypadku uznania, że przetwarzanie danych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, przysługują Państwu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

---

<sup>1</sup> Przepisy prawa w zakresie przechowywania dokumentacji określa Ustawa z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach;

<sup>2</sup> Tylko w przypadku kontaktu poprzez elektroniczną skrynkę pocztową (e-mail).

## **OŚWIADCZENIE współwłaścicieli spółki cywilnej**

Dane osobowe współwłaścicieli spółki cywilnej:

Imię i nazwisko właściciela: .....

Adres miejsca zamieszkania: .....

Nr ewidencyjny PESEL: .....

Imię i nazwisko właściciela: .....

Adres miejsca zamieszkania: .....

Nr ewidencyjny PESEL: .....

Imię i nazwisko właściciela: .....

Adres miejsca zamieszkania: .....

Nr ewidencyjny PESEL: .....

.....  
(data, podpis i pieczęć Organizatora)

## OŚWIADCZENIE

W związku z USTAWĄ z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U.2022.835) **oświadczam, iż:**

- **jestem / nie jestem** wpisany na listę sankcyjną;
- **jestem / nie jestem** związany/a z osobami lub podmiotami względem, których stosowane są środki sankcyjne i które figurują na stosownych listach, zarówno unijnych, jak i krajowych<sup>3</sup>.

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Powiatowego Urzędu Pracy w Zduńskiej Woli o zmianie stanu faktycznego mając świadomość mojej ewentualnej odpowiedzialności w przypadku zaniedbania powołanego powyżej obowiązku.

.....  
(data, podpis i pieczęć Organizatora)

---

<sup>3</sup> Listy osób i podmiotów, względem których stosowane są środki sankcyjne znajdują się w załącznikach do regulacji unijnych oraz w rejestrze zamieszczonym na stronie BIP MSWiA. Lista sankcyjna dostępna jest pod linkiem: <https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami>  
Informację o tym, czy dany podmiot należy w ponad 50% do obywateli rosyjskich lub czy działa w imieniu i pod kierunkiem obywatela rosyjskiego, znaleźć można w Centralnym Rejestrze Beneficjentów Rzeczywistych (<https://crbr.podatki.gov.pl/>). Beneficjent rzeczywisty, w rozumieniu art. 2 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz.U.2022.593, ze zm.) to każda osoba fizyczna: sprawująca bezpośrednio lub pośrednio kontrolę nad podmiotem poprzez posiadane uprawnienia, które wynikają z okoliczności prawnych lub faktycznych, umożliwiające wywieranie decydującego wpływu na czynności lub działania podejmowane przez podmiot, lub; w imieniu której są nawiązywane stosunki gospodarcze lub jest przeprowadzana transakcja okazjonalna. Dodatkowo istnieje możliwość przeprowadzenia przedmiotowej weryfikacji również z użyciem np. Rejestru.io (<https://rejestr.io/>)

\* niepotrzebne skreślić