(miejscowość, data)

 /pieczęć firmowa pracodawcy/

 **Powiatowy Urząd Pracy**

 **w Wysokiem Mazowieckiem**

**WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O ZORGANIZOWANIE**

**STAŻU ZE ŚRODKÓW PFRON**

na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r. poz. 620) oraz rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz.U. Nr 142, poz. 1160), w związku z art. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U.2025 r., poz. 913 ze zm.)

**WNIOSEK NIEWYPEŁNIONY W CAŁOŚCI LUB ZŁOŻONY BEZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW NIE BĘDZIE ROZPATRYWANY!**

1. **Informacje dotyczące pracodawcy:**
	1. Nazwa i adres pracodawcy
	2. Numer telefonu i numer faxu
	3. Adres e-mail
	4. NIP REGON PKD
	5. Rodzaj prowadzonej działalności – handlowa, produkcyjna, usługowa
	6. Miejsce prowadzenia działalności (w przypadku gdy jest inne niż siedziba pracodawcy)
	7. Data rozpoczęcia działalności
	8. Oznaczenie formy organizacyjno – prawnej prowadzonej działalności
	9. Forma opodatkowania/stawka
	10. Imię i nazwisko osoby reprezentującej pracodawcę
	11. Zatrudnienie na umowę o pracę **(w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy)** w dniu złożenia wniosku oraz w okresie poprzednich 6 miesięcy przedstawiało się następująco:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Miesiąc/rok |  |  |  |  |  |  |  |
| Liczba osób zatrudnionych ogółem |  |  |  |  |  |  |  |
| Liczba osób zatrudnionych w miejscu odbywania stażu |  |  |  |  |  |  |  |

* 1. W przypadku spadku zatrudnienia proszę podać przyczyny wygaśnięcia stosunku pracy z pracownikami:
	2. Liczba osób bezrobotnych odbywających staż w dniu złożenia wniosku
1. **Dane dotyczące współpracy z Powiatowym Urzędem Pracy**

### Czy firma korzystała z środków Funduszu Pracy (w okresie ostatnich dwóch lat), jeżeli tak to proszę podać:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Forma | Liczba miejsc pracy | Liczba osób zatrudnionych po wygaśnięciu umowy |
| Czas nieokreślony | Czas określony |
| Prace interwencyjne |  |  |  |
| Staż /przygotowanie zawodowe |  |  |  |
| Roboty publiczne |  |  |  |
| Wyposażenie lub doposażenie stanowisk pracy |  |  |  |
| Inne |  |  |  |

1. **Informacje dotyczące opiekuna(ów) osoby(ób) bezrobotnej(ych) odbywającej(ych) staż**
2. Imię i nazwisko

stanowisko wykształcenie

2. Imię i nazwisko

 stanowisko wykształcenie

1. **DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI PLANOWANYCH MIEJSC STAŻU:**
	1. Liczba osób bezrobotnych proponowanych do odbycia stażu i opis zadań jakie będą wykonywać:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Liczba osób** (miejsc stażu) | **Nazwa zawodu - stanowiska**(zgodnie zklasyfikacją zawodów i specjalności) | **Nazwa komórki organizacyjnej, rodzaj wykonywanej pracy** | **Wymagane predyspozycje psychofizyczne osoby bezrobotnej** | **Poziom wykształcenia i minimalne kwalifikacje osób bezrobotnych** | **Proponowany** **okres stażu/** | **Deklarowany okres zatrudnienia po zakończeniu stażu** |
| **liczba osób** | **Okres: podać liczbę m-cy (min. 3 m-ce), lub na czas nieokreślony** |
|  |  |  |  |  | od ….… ……… do …….………  |  |  |
|  |  |  |  |  | od ….… ……… do …….… ……  |  |  |

**1.1.** Miejsce odbywania stażu

**1.2.** Czas odbywania stażu i wymiar etatu (z uwzględnieniem godz. od – do oraz systemu zmianowego)

1. **W załączeniu przedkładam program stażu (3 egz.)**

(programu stażu powinien być opracowany odrębnie dla każdej osoby proponowanej
do odbycia stażu wg załączonego wzoru)

1. Proponuję następujące osoby bezrobotne do odbycia stażu (imię i nazwisko, PESEL)
	1.
	2.
	3.

**Oświadczam, że w dniu złożenia wniosku:**

1. **nie zalegam/zalegam**\* z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, na ubezpieczenie zdrowotne, na Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy oraz na Fundusz Emerytur Pomostowych, lub niezgłoszeniu
do ubezpieczeń społecznych pracowników lub innych osób podlegających obowiązkowi zgłoszenia do ubezpieczeń,
2. **nie posiadam/posiadam**\* zadłużeń w Urzędzie Skarbowym z tytułu zobowiązań podatkowych,
3. **nie byłem/byłem**\*karany na dzień złożenia wniosku i w okresie 365 dni przed tym dniem
za wykroczenie lub prawomocnie skazany za przestępstwo przeciwko przepisom prawa pracy
i objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy,
4. **nie wypowiedziałem/wypowiedziałem**\* w okresie ostatnich 6 miesięcy przed dniem złożenia wnioskuumowy/ę o pracę z przyczyn dotyczących zakładu pracy,
5. zobowiązuję się poinformować w formie pisemnej Powiatowy Urząd Pracy w Wysokiem Mazowieckiem o każdej zmianie danych, zawartych we wniosku, w terminie do 7 dni
od zaistnienia zmian, lecz nie później niż w dniu podpisania umowy,
6. wszystkie dane i informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

\*niepotrzebne skreślić

**Powyższe oświadczenie składam pouczony/a o odpowiedzialności karnej art. 233 Kodeksu Karnego stanowiącego, iż: *„Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.***

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów związanych
z wykonywaniem zadań przez Powiatowy Urząd Pracy w Wysokiem Mazowieckiem, zgodnie
z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781
ze zm.).

.............................................., dnia .............................. ............................................................

 (podpis i pieczęć pracodawcy)

**Załączniki do wniosku:**

1. Kserokopia umowy spółki w przypadku spółek prawa cywilnego oraz koncesja lub pozwolenie na prowadzenie działalności - w przypadku, gdy wymaga tego przepis prawa.
2. Pełnomocnictwo do reprezentowania pracodawcy (w przypadku składania wniosku przez pełnomocnika).

W przypadku pracodawców – rolników:

1. Dane rolnika (kopia dowodu osobistego lub paszportu).
2. Kserokopię dokumentu potwierdzającego łączną powierzchnię i stan prawny posiadanego gospodarstwa rolnego (akt notarialny, prawomocne orzeczenie sądu, wypis z ewidencji gruntów i budynków, wypis z księgi wieczystej, zaświadczenie właściwego miejscowo wójta/burmistrza/ prezydenta miasta, lub inne).
3. Kserokopia numeru identyfikacyjnego REGON.
4. Kserokopia dokumentu potwierdzającego prowadzenie działalności gospodarczej (zaświadczenie z KRUS o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu rolników oraz zaświadczenie z ARiMR o nadanym nr identyfikacyjnym gospodarstwa).
5. Kserokopia dokumentu potwierdzającego prowadzenie działów specjalnych produkcji rolnej (zaświadczenie z Urzędu Skarbowego oraz zaświadczenie z KRUS o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu rolników).

Brak ww. załączników spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.

**Uwaga:**Załączniki nie są wymagane od jednostek budżetowych i samorządów.

Załączniki nie są wymagane jeżeli pracodawca składa jednocześnie komplet dokumentów ubiegając się o zawarcie innej umowy w sprawie organizacji stanowisk pracy w ramach form pomocy, lub zawarł taką umowę w ciągu ostatnich 3-ch miesięcy.

Załącznik Nr 1

do umowy Nr z dnia

PROGRAM STAŻU

Sporządzony w dniu .................................... przez Pracodawcę:

reprezentowanego przez:

Nazwa zawodu zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności:

Nazwa komórki organizacyjnej:

Stanowisko pracy:

Zakres zadań wykonywanych przez bezrobotnego:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  okres stażu | miesiące/etapyrealizacji | rodzaj wykonywanych czynności/zadań |
|  |  |  |

**Zapoznałem/am się z programem**

…………………………………………………

 (podpis osoby bezrobotnej)

Opiekunem osoby/ób/ objętej/ych/ programem stażu będzie Pan/Pani:

Imię i nazwisko

stanowisko wykształcenie

Rodzaj uzyskanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:

Sposób potwierdzania nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:

Strony zgodnie oświadczają, iż realizacja ww. programu stażu umożliwi bezrobotnym samodzielne wykonywanie pracy na obecnym stanowisku lub w zawodzie po zakończeniu stażu.

Uzgodniono:

 (pieczątka i podpis Pracodawcy) (pieczątka i podpis Dyrektora PUP)

Załącznik Nr 1

do umowy Nr z dnia

PROGRAM STAŻU

Sporządzony w dniu .................................... przez Pracodawcę:

reprezentowanego przez:

Nazwa zawodu zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności:

Nazwa komórki organizacyjnej:

Stanowisko pracy:

Zakres zadań wykonywanych przez bezrobotnego:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  okres stażu | miesiące/etapyrealizacji | rodzaj wykonywanych czynności/zadań |
|  |  |  |

**Zapoznałem/am się z programem**

…………………………………………………

 (podpis osoby bezrobotnej)

Opiekunem osoby/ób/ objętej/ych/ programem stażu będzie Pan/Pani:

Imię i nazwisko

stanowisko wykształcenie

Rodzaj uzyskanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:

Sposób potwierdzania nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:

Strony zgodnie oświadczają, iż realizacja ww. programu stażu umożliwi bezrobotnym samodzielne wykonywanie pracy na obecnym stanowisku lub w zawodzie po zakończeniu stażu.

Uzgodniono:

 (pieczątka i podpis Pracodawcy) (pieczątka i podpis Dyrektora PUP)

Załącznik Nr 1

do umowy Nr z dnia

PROGRAM STAŻU

Sporządzony w dniu .................................... przez Pracodawcę:

reprezentowanego przez:

Nazwa zawodu zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności:

Nazwa komórki organizacyjnej:

Stanowisko pracy:

Zakres zadań wykonywanych przez bezrobotnego:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  okres stażu | miesiące/etapyrealizacji | rodzaj wykonywanych czynności/zadań |
|  |  |  |

**Zapoznałem/am się z programem**

…………………………………………………

 (podpis osoby bezrobotnej)

Opiekunem osoby/ób/ objętej/ych/ programem stażu będzie Pan/Pani:

Imię i nazwisko

stanowisko wykształcenie

Rodzaj uzyskanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:

Sposób potwierdzania nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:

Strony zgodnie oświadczają, iż realizacja ww. programu stażu umożliwi bezrobotnym samodzielne wykonywanie pracy na obecnym stanowisku lub w zawodzie po zakończeniu stażu.

Uzgodniono:

 (pieczątka i podpis Pracodawcy) (pieczątka i podpis Dyrektora PUP)

Załącznik do wniosku z dnia …………..……

o zorganizowanie stażu

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

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

 (nazwa i adres Pracodawcy
 składającego oświadczenie)

**DEKLARACJA ZATRUDNIENIA**

 Deklaruję zatrudnienie Pana/Pani ……………………..……………...…………..………
po zakończeniu stażu na podstawie umowy o pracę na okres (min. 3 m-ce) ……………………..
w pełnym wymiarze czasu pracy.

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

 (data) (pieczątka i podpis Pracodawcy)