Załącznik Nr 1do Regulaminu w sprawie   
organizowania stażu

,

miejscowość data

pieczątka wnioskodawcy

nr telefonu

**Starosta Powiatu Opolskiego**

**za pośrednictwem**

**Powiatowego Urzędu Pracy**

**w Opolu Lubelskim**

**Wniosek**

**o zorganizowanie stażu na okres ….……. miesięcy dla osoby niepełnosprawnej**

**zarejestrowanej w Powiatowym Urzędzie Pracy w Opolu Lubelskim jako osoba poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu**

Podstawa Prawna:

* Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;
* Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych.
* Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych - art. 11 ust. 1  
   i ust.2 pkt 2

**WNIOSEK NALEŻY WYPEŁNIĆ W SPOSÓB CZYTELNY WPISUJĄC TREŚĆ W KAŻDYM DO TEGO WYZNACZONYM PUNKCIE WNIOSKU!**

**Wszelkich poprawek należy dokonywać poprzez skreślenia i zaparafowanie.**

**Rozpatrzeniu będzie podlegać jedynie wniosek prawidłowo wypełniony, złożony wraz z kompletem wymaganych dokumentów stanowiących podstawę przyznania dofinansowania.**

**Nie należy modyfikować i usuwać elementów wniosku.**

**Złożony wniosek nie podlega zwrotowi.**

**ZŁOŻENIE WNIOSKU NIE GWARANTUJE OTRZYMANIA DOFINANSOWANIA**

**Środki publiczne przeznaczone na realizację wniosku są limitowane decyzjami finansowymi lub budżetami projektów.**

**Nie podpisanie umowy w określonym terminie traktowane będzie jako rezygnacja Wnioskodawcy.**

**I INFORMACJE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY:**

1. Nazwa

1. Adres siedziby
2. Miejsce prowadzenia działalności

1. Telefon kontaktowy/fax/e-mail
2. Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby uprawnionej do podpisywania umowy

…………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Dane identyfikacyjne:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data rozpoczęcia działalności | NIP | REGON | PKD |
|  |  |  |  |

1. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności…………………………………………….……………………
2. Stan zatrudnienia pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na dzień złożenia wniosku:

..........................(zatrudnienie oznacza wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego lub umowy o pracę nakładczą).

1. Liczba osób aktualnie odbywających staż ( zorganizowany na zasadach określonych w ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy) w dniu złożenia wniosku: …………………………………………………....,

Liczba osób skierowanych do odbycia stażu w ciągu ostatniego roku: ………………………………………………,

Liczba osób zatrudnionych po zakończeniu stażu w ciągu ostatniego roku: …………………………………….…..

1. Charakterystyka oferowanego stanowiska stażu

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa stanowiska |  |
| Poziom wykształcenia |  |
| Umiejętności |  |
| Uprawnienia |  |
| Znajomość języków obcych  z określeniem poziomu ich znajomości |  |
| Miejsce odbywania stażu  (dokładny adres) |  |

1. Po zakończeniu stażu **zobowiązujemy się/ nie zobowiązujemy się\*** do zatrudnienia osoby, która ukończyła

odbywanie stażu, deklarując umowę o pracę:

**□ w pełnym wymiarze czasu pracy**

**□ w co najmniej połowie wymiaru czasu pracy\*\***

**na okres ……………miesięcy.**

1. Jeżeli organizator posiada kandydata do odbywania stażu proszę o podanie poniżej jego danych personalnych

(imię i nazwisko, data urodzenia)

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

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

1. Pracownik wyznaczony do sprawowania opieki nad osobą odbywającą staż zarejestrowaną w Powiatowym

Urzędzie Pracy jako osoba poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i Nazwisko | Stanowisko służbowe | Aktualna liczba  stażystów pod opieką opiekuna |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

............................................. Organizator lub osoba uprawniona w imieniu Organizatora (pieczątka i podpis)

**\* niepotrzebne skreślić**

**\*\* zaznaczyć właściwe**

**OŚWIADCZAM, ŻE:**

1. W okresie do 365 dni przed zgłoszeniem oferty stażu:

* **nie zostałem/zostałem**\* ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa

pracy lub

* **nie jestem/jestem**\* objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.

2. W dniu złożenia wniosku:

* **nie zalegam/ zalegam**\* z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom,
* **nie zalegam/ zalegam**\* z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne,

Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz PFRON,

* **nie zalegam/ zalegam**\* z podatkiem dochodowym od wynagrodzeń Pracowników.

3. Nie toczy się w stosunku do Organizatora postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek  
 o likwidację.

4. W okresie ostatnich 6 miesięcy **nie dokonaliśmy/dokonaliśmy**\* zwolnień pracowników z przyczyn   
 dotyczących zakładu pracy…………(liczba osób).

W przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia proszę podać przyczyny

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

5. Wskazany kandydat do odbycia stażu **jest/ nie jest\*** członkiem rodziny organizatora \*\*.

W przypadku odpowiedzi pozytywnej należy podać stopień pokrewieństwa:……………………….

6. Wskazany opiekun stażysty **jest/nie jest\*** zatrudniony u Organizatora na podstawie umowy o pracę w pełnym   
 wymiarze czasu pracy

\* *niepotrzebne skreślić*

\*\* *pkt 5 wypełniają jedynie Organizatorzy będący osobami fizycznymi prowadzącymi działalność gospodarczą*

**Oświadczam, że informacje zawarte we wniosku i załączonych do niego dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.**

**Wiarygodność informacji podanych we wniosku i załączonych do niego dokumentach potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

............................................. Organizator lub osoba uprawniona w imieniu Organizatora (pieczątka i podpis)

*Załącznik nr 1 do wniosku*

**PROGRAM STAŻU – opis zadań wykonywanych podczas stażu**

1. Nazwa zawodu lub specjalności wraz z kodem zawodu (nazwa zawodu musi być zgodna z klasyfikacją zawodów   
i specjalności dla potrzeb rynku pracy- obowiązująca klasyfikacja na stronie: www.psz.praca.gov.pl), której program dotyczy: …….

.................................................................................................Kod zawodu ..............................................................

2. Nazwa stanowiska:……………………………….. ...................................................................................................

3. Praca zmianowa (tak/ nie)........................................... ile zmian ...........................................................................

w godzinach …………………………….…..…………………….…….……..…………………………………….…..…....

Zgodnie z treścią rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20.08.2009 roku   
w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych ***czas pracy bezrobotnego odbywającego staż nie może przekraczać 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo, a bezrobotnego będącego osobą niepełnosprawną zaliczoną do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności – 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo.*** Bezrobotny nie może odbywać stażu ***w niedziele i święta, w porze nocnej, w systemie pracy zmianowej ani w godzinach nadliczbowych.***

4. Nazwa komórki organizacyjnej ..............................................................................................................................  
………………………………………………………………………………………………………………………....………..

5. Zakres zadań wykonywanych przez stażystę:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

6. Rodzaj kwalifikacji lub umiejętności zawodowych do pozyskania w trakcie stażu ……… ……...

……..

….….

.…….

7. Sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych (opinia organizatora stażu, sprawozdanie z przebiegu stażu)…………………………………………………………………………………………. …

8. Opiekę nad odbywaniem stażu ze strony Organizatora sprawować będzie:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i Nazwisko | Stanowisko służbowe | Aktualna liczba  stażystów pod opieką opiekuna |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Uwaga !**

**Wskazani powyżej opiekunowie stażystów mogą jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej   
niż 3 osobami odbywającymi staż.**

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

............................................. Organizator lub osoba uprawniona w imieniu Organizatora (pieczątka i podpis)

*Załącznik nr 2 do wniosku*

**Klauzula informacyjna**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L.   
z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

* 1. Administratorem Państwa danych jest Powiatowy Urząd Pracy w Opolu Lubelskim – reprezentowany przez Dyrektora (adres: 24- 300 Opole Lubelskie, ul. Stary Rynek 14- 16, adres email: [luop@praca.gov.pl](mailto:luop@praca.gov.pl), nr tel. 81 827 73 50).
  2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: [iod@opolelubelskie.praca.gov.pl](mailto:iod@opolelubelskie.praca.gov.pl) lub pisemnie pod adres Administratora.
  3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji praw i obowiązków oraz zastosowania instytucji wynikających z ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j.: Dz. U z 2023 r. poz.735) oraz wydanych na jej podstawie przepisów wykonawczych.
  4. Państwa dane osobowe będą przetwarzane na podstawie :
* art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j.: Dz.U z 2023 r., poz. 735 ) oraz wydanych na jej podstawie przepisów wykonawczych.
* art. 6 ust. 1 lit. b RODO w przypadku gdy będą podejmowane działania zmierzające do zawarcia umowy, mającej na celu realizację uprawnień, wykonywanie obowiązków lub innego rodzaju skorzystanie z instytucji przewidzianych przez ustawę z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j.: Dz.U z 2023 r., poz. 735)
  1. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu   
     z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych,   
     w tym przepisów archiwalnych, tj. przez okres 10 lat.
  2. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
  3. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
  4. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:

1. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
2. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
3. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
4. prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
   1. Podanie przez Państwa danych osobowych w związku z ciążącym na Administratorze obowiązkiem prawnym jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3.
   2. Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych tj. m.in. usługodawcom wykonujących usługi serwisu systemów informatycznych oraz usługodawcom z zakresu księgowości lub doradztwa prawnego, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

**POUCZENIE**

Celem stażu jest nabycie przez osobę niepełnosprawną umiejętności praktycznych do wykonywania pracy przez wykonywanie zadań w miejscu pracy bez nawiązania stosunku pracy z Pracodawcą. Organizator nie zawiera zatem z osobą niepełnosprawną żadnej umowy dotyczącej zatrudnienia, a osoba odbywająca staż nadal posiada status osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu.

Staż odbywany jest na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej pomiędzy Organizatorem a Powiatowym Urzędem Pracy.

Nadzór nad odbywaniem stażu sprawuje Powiatowy Urząd Pracy, który wypłaca osobie odbywającej staż stypendium.

**Do wniosku należy dołączyć:**

1. **Program stażu (załącznik nr 1 do wniosku)**
2. **Umowa spółki cywilnej oraz dokumenty rejestracyjne wszystkich wspólników, jeżeli wniosek składa  
   spółka cywilna.**
3. **W przypadku pełnoletniej osoby fizycznej, zamieszkującej i prowadzącej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, 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 przekraczającej 2 ha przeliczeniowe lub prowadzącej dział specjalny produkcji rolnej, o którym mowa w ustawie z dnia 20 grudnia 1990r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, uwierzytelnioną kserokopię aktualnego dokumentu (zaświadczenia) stwierdzającego prowadzenie osobiście i na własny rachunek gospodarstwa rolnego obejmującego obszar użytków rolnych o powierzchni przekraczającej 2 ha przeliczeniowe lub prowadzenie działu specjalnego produkcji rolnej.**
4. **Uwierzytelniona kserokopia koncesji, licencji, zezwolenia, certyfikatu lub innych wpisów do stosownych rejestrów jeżeli profil prowadzonej działalności tego wymaga.**
5. **Uwierzytelniona kserokopia pełnomocnictwa do reprezentowania Organizatora. Pełnomocnictwo nie jest wymagane, jeżeli osoba podpisująca wniosek i umowę jest upoważniona z imienia i nazwiska do reprezentowania Organizatora w odnośnym dokumencie rejestracyjnym.**

**UWAGA!!!**

**W przypadku niedostarczenia wyżej wymienionych dokumentów wniosek**

**nie będzie rozpatrywany.**