|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pieczątka Organizatora** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ***Załącznik do Regulaminu organizacji staży*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **..................................................................................................  (miejscowość, data)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **STAROSTA POWIATU ŁOSICKIEGO  ZA POŚREDNICTWEM  POWIATOWEGO URZĘDU PRACY**  **W ŁOSICACH** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O ZORGANIZOWANIE STAŻU**  Zgodnie z art. 53 oraz art. 61a ust. 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 r. poz. 475 z późn. zm.),rozporządzeniem 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), rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia07 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. z 2018 r. poz. 227 z późn. zm.) **wnioskuję o zawarcie umowy  o zorganizowanie stażu.**  ***Wypełniając Wniosek proszę o zapoznanie się z „Regulaminem organizacji staży”* *dostępnym w siedzibie Urzędu oraz na stronie internetowej http://losice.praca.gov.pl. Wniosek należy wypełnić czytelnie: komputerowo lub ręcznie (POLA BIAŁE). Każda pozycja we Wniosku musi zostać wypełniona. W przypadku, gdy którykolwiek punkt Wniosku nie dotyczy Organizatora, należy wpisać „NIE DOTYCZY”.*** ***Nie należy modyfikować  i usuwać elementów Wniosku oraz przestawiać układu stron. Wszelkich poprawek należy dokonywać poprzez skreślenie wraz z adnotacją „poprawiono w dniu...”, składając czytelny podpis.*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **I. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZATORA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ☐ **Pracodawca (jednostka organizacyjna, chociażby nie posiadała osobowości prawnej, a także osoba fizyczna, jeżeli zatrudnia co najmniej jednego pracownika)\***  ☐ **Przedsiębiorca niezatrudniający pracownika na zasadach przewidzianych dla pracodawców\***  ☐ **Rolnicza spółdzielnia produkcyjna\***  ☐ **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 przekraczającej 2 ha przeliczeniowe lub prowadząca dział specjalny produkcji rolnej,  o którym mowa w ustawie z dnia 20 grudnia 1990 roku o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2024 r. poz. 90 z późn. zm.)\***  ☐ **Organizacja pozarządowa \***  **\*właściwe pole proszę zaznaczyć znakiem X** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1. Pełna nazwa Organizatora - firma lub imię i nazwisko (zgodnie z dokumentem rejestrowym, wpisem do CEIDG, wpisem do KRS, inne)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2. Adres siedziby Organizatora** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2a. Telefon | |  | | | | | | | | | | | | | 2b. E-mail | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3. Adres miejsca prowadzenia działalności przez Organizatora (jeżeli jest taki sam jak adres siedziby proszę wpisać „jak wyżej”)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4. Imię i nazwisko osoby/osób umocowanej/ych do reprezentowania Organizatora, składania oświadczeń w zakresie praw i obowiązków majątkowych, zaciągania w jego imieniu zobowiązań i podpisywania umów zgodnie z dokumentami rejestrowymi lub złożonym pełnomocnictwem:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4a. Imię i nazwisko | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | Stanowisko | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4b. Imię i nazwisko | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | Stanowisko | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5. Forma prawna** (przedsiębiorstwo państwowe, spółdzielnia, spółka akcyjna, spółka z o.o., spółka cywilna, spółka jawna, spółka komandytowa, spółka komandytowo – akcyjna, osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, jednostka administracji publicznej, stowarzyszenie, fundacja, inne) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6. Nr identyfikacji podatkowej NIP** | | | | | | | | | | | | **7. Nr statystyczny REGON** | | | | | | | | | | | | | | | | | **8. Nr KRS** (jeżeli został nadany) *dotyczy spółek prawa handlowego, spółdzielni, stowarzyszeń, fundacji, zakładów opieki zdrowotnej i innych podmiotów wpisanych do KRS* | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **9. Podstawowy rodzaj działalności Organizatora** (według Polskiej Klasyfikacji Działalności - PKD) | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | **10. Data rozpoczęcia działalności** | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **11. Nr identyfikacyjny gospodarstwa rolnego nadany przez ARiMR** (jeżeli został nadany) *dotyczy osób prowadzących działalność w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **12. Dane osoby uprawnionej do udzielania informacji i kontaktu w sprawie złożonego Wniosku i realizacji oferty stażu** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12a. Imię i nazwisko | | | |  | | | | | | | | | | | | 12b. Stanowisko | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 12c. Telefon | | |  | | | |
| **13. Stan zatrudnienia w dniu składania Wniosku (ogółem)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | **w tym liczba cudzoziemców** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **14. Liczba pracowników zatrudnionych\* u Organizatora w dniu składania Wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| ***\*****Zatrudnienie* zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 r. poz. 475 z późn. zm.) oznacza wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego oraz umowy o pracę nakładczą. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **15. Liczba osób odbywających staż u Organizatora w dniu składania Wniosku (proszę wpisać liczbę osób):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 15a. W ramach umów zawartych z PUP w Łosicach (proszę wpisać liczbę osób): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 15b. W ramach umów zawartych z innymi Urzędami Pracy lub jednostkami (proszę wpisać liczbę osób): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| **II. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI STAŻU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Liczba przewidywanych miejsc pracy, na których bezrobotni będą odbywać staż: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| (Mając na uwadze środki finansowe przeznaczone na organizację stażu oraz kierując się zasadą efektywności i celowości Urząd zastrzega sobie możliwość zmniejszenia liczby stażystów). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Proponowany okres odbywania stażu (nie krótszy niż 3 miesiące): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Proponowana data rozpoczęcia stażu: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4. Wnioskuję o organizację stażu w następującym zawodzie/na stanowisku pracy** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Lp.** | **Nazwa i kod zawodu lub specjalności** Zawód musi być zgodny z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia   07 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. z 2018 r. poz. 227 z późn. zm.) (http://psz.praca.gov.pl). | | | | | | | | | | * **Nazwa stanowiska pracy** | | | | | | | | | | **Liczba**  **miejsc  stażu** | | | | | * **Poziom wykształcenia** * **Minimalne kwalifikacje niezbędne do podjęcia stażu na danym stanowisku pracy** * **Wymagania dotyczące predyspozycji psychofizycznych i zdrowotnych** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * **Nazwa komórki organizacyjnej** | | | | | | | | | |
| **1.** |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **2.** |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **5. Dane kandydata/kandydatów do odbycia stażu** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5a. Imię i nazwisko | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 5b. Imię i nazwisko | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **6. Czy Organizator wyraża zgodę na skierowanie przez Urząd innego kandydata do odbycia stażu, w przypadku, gdy wskazany  w pkt 5a/5b kandydat nie będzie spełniał warunków skierowania na staż** (proszę wpisać TAK lub NIE) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **7. Miejsce odbywania stażu (dokładny adres)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **UWAGA:** W przypadku Organizatorów, którzy z uwagi na przedmiot i rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej świadczą określone usługi poza miejscem wykonywania działalności gospodarczej określonym w dokumentach rejestrowych, należy określić obszar gdzie realizowany będzie program stażu np. teren miasta, powiatu, województwa. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8. Informacja o systemie pracy u Organizatora** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8a. Jedna zmiana (proszę podać godziny pracy od - do): | | | | | | |  | | | | | | 8b. Dwie zmiany (proszę podać godziny pracy pierwszej  i drugiej zmiany od - do) | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8c. Inny(proszę podać jaki i godziny pracy od-do): | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **9. Z uwagi na charakter pracy zawodu/zawodów wskazanego/ych w pkt 4 wnioskuję o wyrażenie zgody na realizację stażu w:**  (należy wpisać TAK lub NIE) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9a. Systemie zmianowym | | | | | |  | | | | | | | 9b. Porze nocnej | | | | | | | |  | | | | | | | | | 9c. Niedziele i święta | | | | | | | | |  | | | | | |
| 9d. W przypadku udzielenia odpowiedzi „TAK” w ppkt 9a, 9b lub 9c proszę o uzasadnienie czy charakter pracy wymaga takiego rozkładu czasu pracy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **10. Godziny odbywania stażu** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **UWAGA:** Czas pracy osoby odbywającej staż nie może przekroczyć 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo, a osoby odbywającej staż będącej osobą niepełnosprawną zaliczoną do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **11. Opiekun osoby/osób objętej/ych programem stażu (w przypadku gdy opiekunem jest właściciel, należy wpisać „NIE DOTYCZY” przy rubryce „Godziny pracy opiekuna”):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11a. Imię i nazwisko | | | | |  | | | | | | | | Godziny pracy opiekuna | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | Aktualna liczba stażystów pod opieką opiekuna | | | | | | |  | | | |
| Stanowisko | | | | |  | | | | | | | | Nr telefonu | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 11b. Imię i nazwisko | | | | |  | | | | | | | | Godziny pracy opiekuna | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | Aktualna liczba stażystów pod opieką opiekuna | | | | | | |  | | | |
| Stanowisko | | | | |  | | | | | | | | Nr telefonu | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **UWAGA**: Jeden opiekun może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż 3 osobami odbywającymi staż. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **12. Deklaracja zatrudnienia po zakończeniu stażu** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **12a. Liczba osób bezrobotnych, których Organizator deklaruje zatrudnić po zakończeniu stażu (proszę wpisać liczbę osób):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| **12b. Rodzaj umowy** (właściwe pole proszę zaznaczyć znakiem X) | | | | | | | | | Umowa o pracę na czas określony | | | | | |  | | Umowa o pracę na czas nieokreślony | | | | | | | |  | | | Umowa zlecenia z miesięcznym wynagrodzeniem brutto w wysokości co najmniej minimalnego wynagrodzenia za pracę | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **12c. Wymiar czasu pracy** (właściwe pole proszę zaznaczyć znakiem X) | | | | | | | | | | | | | | | Pełny etat | | | | | | | | | |  | | | Niepełny etat (nie niższy niż 1/2 etatu) | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **12d. Okres zatrudnienia** (właściwe pole proszę zaznaczyć znakiem X) | | | | | | | | | | co najmniej 30 dni | | | | |  | | | 2-3 miesiące | | | |  | | | powyżej 3 miesięcy | | | | | | | | | | |  | czas nieokreślony | | | | | | |  |
| **UWAGA:** Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku niedotrzymania zobowiązań Starosta może odmówić organizacji kolejnych staży i innych aktywnych form wsparcia przewidzianych w Ustawie. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **13. Oświadczam, iż zatrudnienie pracowników odbywa się w formie procedur konkursowych wynikających z obowiązujących przepisów w tym zakresie, gdyż jestem:** (właściwe pole proszę zaznaczyć znakiem X) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jednostką administracji państwowej | | | | | | | | | | |  | | | | | Jednostką administracji samorządowej | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| Jednostką służby cywilnej | | | | | | | | | | |  | | | | | Inną jednostką budżetową (proszę podać jaką) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **14. Forma kontaktu kandydata z Organizatorem** (właściwe pole proszę zaznaczyć znakiem X) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ☐ **kontakt osobisty pod adresem** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **w godzinach** | | | | | |  | | | | | | |
| ☐ **kontakt telefoniczny pod nr** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ☐ **e-mail** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ☐ **inny (jaki?)** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **III. OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA STAŻU (w każdym punkcie należy wpisać TAK lub NIE lub NIE DOTYCZY)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **UWAGA:** W przypadku spółki cywilnej każdy ze wspólników oddzielnie składa poniższe oświadczenie. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Pouczona/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenia prawdy oświadczam, że:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Zalegam** na dzień złożenia Wnioskuz wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie należnych składek wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych lub w opłacaniu w terminie innych danin publicznych. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 1. **Toczy się** w stosunku do firmy, którą reprezentuję postępowanie upadłościowe lub likwidacyjne. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 1. **Został** złożony wniosek o otwarcie postępowania likwidacyjnego lub upadłościowego. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 1. **Zostałam/em** w okresie 365 dni przed dniem złożeniem Wniosku ukarany/a lub skazany/a prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 1. **Jestem** objęty/a postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 1. **Jestem** pełnoletnim posiadaczem gospodarstwa rolnego obejmującego obszar użytków rolnych o powierzchni przekraczającej  2 ha przeliczeniowe i zamieszkuję oraz prowadzęna terytorium Rzeczypospolitej Polskiejosobiście i na własny rachunek działalność w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej, w tym ogrodniczej, sadowniczej, pszczelarskiej i rybnej. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 1. **Jestem** pełnoletnią osobą fizyczną zamieszkującą i prowadzącąna terytorium Rzeczypospolitej Polskiej osobiście i na własny rachunek dział specjalny produkcji rolnej, o którym mowa w ustawie z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 1. Pod adresem wskazanym jako miejsce odbywania stażu **spełnione są** warunki pracy dla danego stanowiska pracy. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 1. **Jestem** współmałżonkiem, rodzicem, dzieckiem, rodzeństwem osoby wskazanej we Wniosku jako kandydat do odbycia stażu. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 1. Osoba wskazana we Wniosku jako kandydat do odbycia stażu **zamieszkuje** pod adresem będącym adresem mojego zamieszkania lub siedziby firmy. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 1. Wskazany we Wniosku **opiekun zapewni** stażyście/stażystom opiekę w czasie godzin odbywania stażu i **posiada wiedzę**  w zakresie zadań wskazanych w programie stażu. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 1. **Prowadzę** działalność gospodarczą w zakresie handlu obwoźnego, handlu na bazarach lub targowiskach (z wyjątkiem Organizatorów posiadających stały punkt handlowy). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 1. **Prowadzę** sprzedaż internetową lub inną działalność gospodarczą w miejscu zamieszkania, bez wydzielonego i odpowiednio przystosowanego lokalu do prowadzenia działalności i miejsca do wykonywania pracy na danym stanowisku (z wyjątkiem Organizatorów, którzy z uwagi na przedmiot i rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej świadczą określone usługi poza miejscem wykonywania działalności gospodarczej określonym w dokumentach rejestrowych). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 1. **Prowadzę** ze wskazanym do odbycia stażu kandydatem wspólne gospodarstwo domowe. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 1. W okresie 12 miesięcy przed dniem złożenia Wniosku **otrzymałam/em** jako osoba bezrobotna jednorazowo środki  z Powiatowego Urzędu Pracy w Łosicach na rozpoczęcie działalności gospodarczej. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |
| 1. **Zobowiązuję się do skierowania osoby bezrobotnej przed podjęciem stażu na wstępne badania lekarskie oraz sfinansowania kosztów tych badań.**   Zgodnie z § 6 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia 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) Organizator stażu zapewnia bezrobotnemu profilaktyczną ochronę zdrowia  w zakresie przewidzianym dla pracowników. Oznacza to, że do bezrobotnych odbywających staż zastosowanie mają przepisy Rozdziału VI Dział X Kodeksu Pracy „Profilaktyczna ochrona zdrowia”. Z przepisów tych m.in. wynika, że osoby przyjmowane do pracy poddane są wstępnym badaniom lekarskim – art. 229 § 1 pkt 1. Badania te, zgodnie z art. 229 § 6 Kodeksu Pracy przeprowadzane są na koszt pracodawcy. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **17. Zobowiązuję się do przeszkolenia stażysty na zasadach przewidzianych dla pracowników w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy  oraz przepisów przeciwpożarowych.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **18. Zobowiązuję się do wydania osobie bezrobotnej po zakończeniu stażu opinii zawierającej informacje o zadaniach realizowanych przez osobę bezrobotną oraz kwalifikacjach lub umiejętnościach praktycznych pozyskanych w czasie odbywania stażu.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **19. Zapoznałam/em się z „Regulaminem organizacji staży” obowiązującym w Urzędzie.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Jednocześnie zobowiązuję się do:**   1. niezwłocznego, nie później niż w terminie 7 dni kalendarzowych powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Łosicach jeżeli w okresie od dnia złożenia Wniosku do dnia podpisania umowy o zorganizowanie stażu z Powiatowym Urzędem Pracy w Łosicach zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia Wniosku; 2. niezwłocznego, nie później niż w terminie 7 dni kalendarzowych powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Łosicach w przypadku wystąpienia zmian dotyczących informacji złożonych w niniejszym Wniosku, mających wpływ na sposób rozpatrzenia Wniosku i realizację zawartej na jego podstawie umowy o zorganizowanie stażu.   **Informacje zawarte we Wniosku i dane zawarte w załączonych dokumentach nie uległy zmianie i są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym  na dzień składania Wniosku.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| .................................................... ........................................................................................................................................................ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***(miejscowość i data)*** | | | | | | | |  | | | | | | ***(pieczątka i podpis Organizatora lub osoby umocowanej do reprezentowania Organizatora)*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **IV. DODATKOWE INFORMACJE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. O sposobie rozpatrzenia Wniosku Organizator zostanie pisemnie poinformowany w terminie miesiąca od dnia złożenia kompletnego Wniosku. 2. W przypadku Wniosku, który jest nieprawidłowo wypełniony lub niekompletny Dyrektor wzywa Organizatora do jego uzupełnienia. Jeżeli Organizator w terminie 7 dni kalendarzowych od dnia otrzymania wezwania nie uzupełni braków Wniosek pozostawia się bez rozpatrzenia.   **Do wniosku Organizator dołącza następujące załączniki:**   1. dokument potwierdzający nadanie numeru identyfikacji podatkowej NIP - **nie dotyczy podmiotów posiadających wpis do CEIDG oraz KRS;** 2. dokument potwierdzający formę prawną Organizatora np. statut, regulamin, uchwała o utworzeniu, akt założycielski - **nie dotyczy podmiotów posiadających wpis do CEIDG oraz KRS;** 3. umowę spółki cywilnej - **dotyczy spółek cywilnych;** 4. dokument potwierdzający prowadzenie działalności we wskazanym miejscu odbywania stażu **– w przypadku, gdy miejsce odbywania stażu znajduje się pod innym adresem niż siedziba firmy a adres ten nie widnieje w żadnym dokumencie rejestrowym;** 5. pełnomocnictwo udzielone, zgodnie z reprezentacją we właściwym rejestrze (w przypadku, gdy Organizatora reprezentuje pełnomocnik): 6. w formie oryginału lub urzędowo poświadczonego odpisu, 7. w formie pisemnej z notarialnie poświadczonym podpisem, 8. zaświadczenie z Urzędu Gminy o powierzchni gospodarstwa rolnego obejmującego obszar użytków rolnych (w hektarach przeliczeniowych)  - **dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność w zakresie produkcji roślinnej i zwierzęcej, w tym ogrodniczej, sadowniczej, pszczelarskiej i rybnej;** 9. zaświadczenie z Agencji Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa o nadanym numerze identyfikacyjnym w ramach „Krajowego systemu ewidencji producentów, ewidencji gospodarstw rolnych oraz ewidencji wniosków o przyznanie płatności” – (jeżeli numer został nadany) **dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność w zakresie produkcji roślinnej i zwierzęcej, w tym ogrodniczej, sadowniczej, pszczelarskiej i rybnej;** 10. zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o figurowaniu Organizatora w ewidencji podatników prowadzących działy specjalne produkcji rolnej **lub** decyzję w sprawie wymiaru zaliczek na podatek dochodowy od dochodów z działów specjalnych produkcji rolnej - **dotyczy osób fizycznych prowadzących dział specjalny produkcji rolnej;** 11. **program stażu sporządzony w trzech jednobrzmiących egzemplarzach**; 12. „Oświadczenie o niepodleganiu wykluczeniu z ubiegania się o udzielenie wsparcia z programów unijnych i krajowych wynikających z istnienia określonych związków z Federacją Rosyjską” **– Załącznik do Wniosku.**   Wniosek należy złożyć z kompletem załączników. W przypadku, gdy do Wniosku dołączane są kserokopie dokumentów, oryginały tych dokumentów należy przedstawić do wglądu pracownikowi Urzędu.  **Z poniższą treścią należy się zapoznać, w przypadku gdy Organizator jest osobą fizyczną**  **KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH PRZEZ POWIATOWY URZĄD PRACY W ŁOSICACH**  Wypełniając obowiązki określone w art. 13 ust. 1 i ust. 2 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 tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. U.UE z 2016 r.,L.119, poz.1) zwanego dalej Rozporządzeniem, informuję iż:   1. **Administratorem Pani/Pana danych osobowych** jest Powiatowy Urząd Pracy w Łosicach z siedzibą w Łosicach, ul. Narutowicza 6,  08-200 Łosice, e-mail:walo@praca.gov.pl, tel. (83) 357 19 67; 2. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych może się Pani/Pan kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych – Danielem Koguciukiem  – pod adresem e-mail: iod@puplosice.pl lub pisemnie na adres Administratora; 3. **Pani/Pana** **dane przetwarzane będą zgodnie z przepisami Rozporządzenia** w celu realizacji Wniosku o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu i umowy o zorganizowanie stażu na podstawie ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy  (Dz. U. z 2024 r. poz. 475 z późn. zm.), ustaw nakładających inne zadania, obowiązki i prawa, przepisów wykonawczych do tych ustaw. 4. **Pani/Pana dane przetwarzane będą na podstawie** art. 6 ust. 1 lit. b, c, e Rozporządzenia - przetwarzanie jest niezbędne do: 5. wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy; 6. wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze; 7. wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi. 8. W związku z przetwarzaniem danych w celach, o których mowa w pkt 3 **Pani/Pana dane** **mogą być przekazywane** podmiotom, które uprawnione są do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa oraz podmiotom, z którymi Administrator zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych m.in. Firma SYGNITY S.A. z siedzibą w Warszawie; 9. **Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane** przez okres niezbędny do realizacji celów dla jakich zostały zebrane wskazanych w pkt 3, a po tym czasie do momentu wygaśnięcia obowiązku ich archiwizacji zgodnie z terminami archiwizacji określonymi przez ustawy kompetencyjne, ale nie krócej niż przez okres wskazany w przepisach o archiwizacji dokumentacji t. j. od 2 do 50 lat. 10. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, z wyjątkami zastrzeżonymi przepisami prawa **przysługuje Pani/Panu prawo do**: 11. dostępu do treści swoich danych, 12. sprostowania (poprawienia) danych osobowych, 13. ograniczenia  przetwarzania danych osobowych, 14. przenoszenia danych osobowych, 15. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych,   oraz inne uprawnienia w tym zakresie wynikające z obowiązujących przepisów prawa.   1. **Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego** w sprawach ochrony danych osobowych, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, w przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu danych osobowych przez Administratora. 2. **Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest** obowiązkowe i niezbędne do realizacji w/w Wniosku, wykonania umowy i/lub wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze. Niepodanie danych osobowych będzie skutkowało brakiem możliwości korzystania z tej formy wsparcia. 3. **Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu** i nie będą poddane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji oraz nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |