



.....
pieczęć nagłówkowa Pracodawcy

WNIOSEK

O ZAWARCIE UMOWY O ZORGANIZOWANIE STAŻU

I. Dane Pracodawcy:.....

.....
.....

II. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania Pracodawcy, odpowiedzialnej za współpracę z Dolnośląskimi Pracodawcami/Fundacją „Razem”:.....

Telefon kontaktowy

Adres e-mail:

III. Informacje o Pracodawcy:

1. Forma prawna Pracodawcy:
2. Data rozpoczęcia działalności:.....
3. Rodzaj prowadzonej działalności:
4. Numer identyfikacji nadany w krajowym rejestrze podmiotów gospodarki narodowej REGON:
.....
5. Numer identyfikacji podatkowej NIP:.....
6. Klasyfikacja prowadzonej działalności wg PKD:

IV. Liczba przewidywanych miejsc odbywania stażu:.....

(w tym deklaruje, że miejsce pracy nie będzie utworzone dla byłego pracownika zatrudnionego na tożsamym stanowisku i/lub nie będzie utworzone dla osoby zatrudnionej u pracodawcy w okresie ostatnich 30 dni przed dniem złożenia wniosku)

V. Proponowany okres odbywania stażu:

VI. Miejsce odbywania stażu (adres):.....

Nazwa zawodu/ specjalności:

Tygodniowy wymiar czasu pracy wynosi godzin

Godziny pracy odbywającego staż: od godz..... do godz

VII. Pracodawca zapewnia zatrudnienie osoby skierowanej na staż w terminie 14 dni od zakończenia stażu¹:

- na umowę o pracę **TAK/NIE**
- umowę cywilnoprawną: **TAK/NIE**

XIII. Imię i nazwisko, wykształcenie oraz stanowisko opiekuna osoby odbywającej staż wraz z oświadczeniem dot. doświadczenia wskazanego opiekuna (zał. nr 2 i 2a)²:

.....

IX. Wskazanie osoby do odbycia stażu:

W przypadku zainteresowania ze strony Pracodawcy przyjęciem do odbycia stażu danego kandydata, proszę wpisać imię i nazwisko oraz adres zamieszkania proponowanej osoby:

.....

X. Oświadczam, że³:

1. jestem świadomy tego, że warunkiem realizacji stażu jest wniesienie wkładu własnego w kwocie minimum 2 350,00 zł za każdego stażystę w formie wynagrodzenia opiekuna stażysty i/lub innych kosztów związanych z odbywaniem stażu;
2. w okresie do 365 dni przed dniem złożenia niniejszego wniosku Firma, którą reprezentuję została/nie została skazana prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych lub jest/nie jest objęta postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie;
3. firma, którą reprezentuję znajduje się/nie znajduje się w dniu złożenia wniosku w stanie likwidacji lub upadłości.

Świadomy odpowiedzialności karnej na podstawie art. 233 Kodeksu Karnego za składanie nieprawdziwych danych oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą. Prawdziwość informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis Pracodawcy)

Załączniki do wniosku:

¹Proszę wskazać jedną z opcji

² Funkcję opiekuna stażysty może pełnić wyłącznie osoba posiadająca co najmniej dwunastomiesięczne doświadczenie w branży/dziedzinie, w jakiej realizowany jest staż

³ Proszę niepotrzebne skreślić



1. Wpis do ewidencji działalności gospodarczej lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub innego dokumentu określającego status prawny, rodzaj i zakres działalności zakładu pracy.
2. Program stażu zał. nr 1
3. Oświadczenie pracodawcy wyznaczającego opiekuna stażysty w ramach projektu „Aktywność, zatrudnienie, satysfakcja” zał. nr 2
4. Oświadczenie opiekuna wyznaczonego przez pracodawcę do pełnienia funkcję opiekuna stażysty w ramach projektu „Aktywność, zatrudnienie, satysfakcja” zał. nr 2a

AKCEPTACJA WNIOSKU:

TAK/NIE

UWAGI.....

.....

podpis Realizatora

PROGRAM STAŻU
dla Uczestników Projektu „Aktywność, zatrudnienie, satysfakcja”

| | |
|---|--|
| Imię i nazwisko stażysty | |
| Nazwa i adres pracodawcy | |
| Miejsce realizacji stażu | |
| Nazwa zawodu lub specjalności | |
| Zakres zadań i obowiązków stażysty | |
| Harmonogram realizacji stażu | |
| Treści edukacyjne oraz cele edukacyjno-zawodowe, które stażysta przyswoi podczas trwania stażu | |
| Rodzaj uzyskanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych po ukończeniu stażu | |
| Sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych | |
| Imię, nazwisko i stanowisko opiekuna stażysty w miejscu pracy | |
| Opis warunków pracy uwzględniający informacje o występowaniu na stanowisku pracy czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy. | |



| | |
|--|--|
| <p>Łączna liczba czynników niebezpiecznych: należy wprowadzić łączną liczbę czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy.</p> | |
|--|--|

Strony zgodnie oświadczają, iż realizacja w/w programu stażu, umożliwi Uczestnikowi projektu samodzielne wykonywanie pracy na danym stanowisku lub w zawodzie, po zakończeniu stażu.

Zmiana programu stażu może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej w postaci aneksu do umowy o zorganizowanie stażu

Sporządzono:

.....

podpis i pieczęć Realizatora stażu

.....

podpis i pieczęć Pracodawcy

Po zapoznaniu się z programem stażu przyjmuję go do wiadomości i stosowania:

.....

podpis Stażysty

Załącznik nr 2

....., dnia

.....
Nazwa podmiotu przyjmującego na staż

.....
Adres podmiotu przyjmującego na staż

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY WYZNACZAJĄCEGO OPIEKUNA STAŻYSTY W RAMACH PROJEKTU „Aktywność, zatrudnienie, satysfakcja”

Zgodnie z załącznikiem nr 6 do regulaminu konkursu nr RPDS.09.01.01-IP.02.02.401/20 realizowanego w ramach Priorytetu 9. Włączenie społeczne, Działania 9.1 Aktywna integracja, Poddziałania 9.1.1 Aktywna integracja – konkursy horyzontalne oraz realizacją projektu pt. „Aktywność, zatrudnienie, satysfakcja” w tym spełnieniem punktu 15 w sekcji D Staże/praktyki zawodowe tj. Funkcję opiekuna stażysty może pełnić wyłącznie osoba posiadająca co najmniej dwunastomiesięczne doświadczenie w branży/dziedzinie, w jakiej realizowany jest staż, oświadczam, że Pan/Pani pełniący/a/y funkcje Opiekuna stażysty Pana/Pani..... posiada co najmniej dwunastomiesięczne doświadczenie w branży/dziedzinie, w której realizowany będzie program stażu. Jednocześnie zobowiązuje się do aktualizacji zapisów i złożenia nowego oświadczenia w przypadku wyznaczenia nowego opiekuna stażysty.

Powyższe zapisy są jasne i nie budzą wątpliwości interpretacyjnych.

Jestem świadoma/-y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w Oświadczeniu są zgodne z prawdą.

.....
Pieczęć i czytelny podpis Pracodawcy



Załącznik nr 2a

....., dnia

.....
Imię i nazwisko opiekuna

**OŚWIADCZENIE OPIEKUNA WYZNACZONEGO PRZEZ PRACODAWCĘ DO PEŁNIENIA
FUNKCJI OPIEKUNA STAŻYSTY W RAMACH PROJEKTU „AKTYWNOŚĆ, ZATRUDNIENIE,
SATYSFAKCJA”**

Zgodnie z załącznikiem nr 6 do regulaminu konkursu nr RPDS.09.01.01-IP.02.02.401/20 realizowanego w ramach Priorytetu 9. Włączenie społeczne, Działania 9.1 Aktywna integracja, Poddziałania 9.1.1 Aktywna integracja – konkursy horyzontalne oraz realizacją projektu pt. „Aktywność, zatrudnienie, satysfakcja” w tym spełnieniem punktu 15 w sekcji D Staże/praktyki zawodowe tj. Funkcję opiekuna stażysty może pełnić wyłącznie osoba posiadająca co najmniej dwunastomiesięczne doświadczenie w branży/dziedzinie, w jakiej realizowany jest staż, oświadczam Ja niżej podpisana/y pełniąca/y funkcje Opiekuna stażysty, że posiadam co najmniej dwunastomiesięczne doświadczenie w branży/dziedzinie, w której realizowany będzie program stażu oraz oświadczam, że znam zakres zadań i zasady pracy na stanowisku

Powyższe zapisy są jasne i nie budzą wątpliwości interpretacyjnych.


Jestem świadoma/-y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w Oświadczeniu są zgodne z prawdą.

.....
Czytelny podpis opiekuna



Projekt „Aktywność, zatrudnienie, satysfakcja” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020
w ramach Działania 9.1 Aktywna integracja, Poddziałania 9.1.1 Aktywna integracja - konkursy horyzontalne

Lider projektu:  dolnośląscy
pracodawcy

Partner projektu:  fundacja
razem