…………………………………………

Miejscowość i data

…………………….………………

Pieczęć firmowa Podmiotu

przyjmującego na staż

**WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O ZORGANIZOWANIE STAŻU   
OFERTA STAŻU**

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE PODMIOTU PRZYJMUJĄCEGO NA STAŻ** | |
| Nazwa Podmiotu przyjmującego na staż |  |
| Adres siedziby |  |
| Miejsce realizacji stażu |  |
| Dokument określający status prawny Podmiotu przyjmującego na staż (CEIDG, KRS - numer) |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Forma prawna Podmiotu przyjmującego na staż |  |
| Imię i nazwisko osób upoważnionych do reprezentowania Podmiotu przyjmującego na staż |  |
| Rodzaj działalności wg PKD |  |
| Telefon |  |
| E-mail |  |
| Data rozpoczęcia działalności |  |
| Osoba do kontaktu, telefon, e-mail |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DANE DOTYCZĄCE ORGANIZOWANEGO STAŻU** | | | |
| Nazwa i kod zawodu |  | |
| Stanowisko |  | |
| Proponowany okres stażu |  | |
| Proponowany termin rozpoczęcia stażu |  | |
| Tygodniowy wymiar czasu stażu |  | |
| Godziny pracy stażysty |  | |
| Możliwość zorganizowania stażu dla osoby z niepełnosprawnością | □ TAK  □ NIE | |
| Praca w niedziele i święta | □ | W przypadku zaznaczenia jednej z opcji należy przedstawić uzasadnienie |
| Praca w porze nocnej | □ |
| Praca w systemie zmianowym | □ |
| **Uzasadnienie** |  | |
| Opis zadań, jakie będą wykonywane przez Uczestnika/Uczestniczkę projektu podczas stażu, nazwa komórki organizacyjnej oraz zakres zadań zawodowych. |  | |
| Wymagania dotyczące predyspozycji psychofizycznych i zdrowotnych, poziomu wykształcenia oraz minimalnych kwalifikacji niezbędnych do podjęcia stażu przez Uczestnika/Uczestniczkę projektu. |  | |
| Opiekun stażu – imię i nazwisko, stanowisko[[1]](#footnote-1), telefon kontaktowy |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wnioskuję o zwrot kosztów | □ szkolenia BHP  □ badań lekarskich/psychologicznych | |
| Wnioskuję o zwrot kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla Stażysty/Stażystki[[2]](#footnote-2) | □ TAK | |
| W przypadku zaznaczenia TAK proszę uzasadnić konieczność wyposażenia stanowiska pracy |  | |
| **DEKLARACJA ZATRUDNIENIA**  **Pierwszeństwo w wyborze oferty stażu będą mieli przedsiębiorcy, którzy zadeklarują zatrudnienia** | | |
| Podmiot przyjmujący na staż deklaruje zatrudnienie Uczestnika/Uczestniczki projektu na podstawie umowy o pracę/ umowy cywilnoprawnej po zakończonym stażu | | □ **TAK**  Na okres ………………………….  Wymiar etatu …………………..  □ **NIE** |

# **OŚWIADCZENIA** Oświadczam, że:

* osoba pełniąca obowiązki Opiekuna stażu posiada co najmniej dwunastomiesięczne doświadczenie w branży/dziedzinie, w jakiej realizowany będzie staż.
* nie pozostaję w stanie likwidacji lub upadłości,
* wszystkie podane we wniosku informacje są zgodne ze stanem faktycznym,
* zapoznałem/am się z Regulaminem projektu „Projekt Nowa Praca w Małopolsce”

# **UWAGA!**

Do niniejszego wniosku należy obligatoryjnie dołączyć dokumenty, potwierdzające doświadczenie Opiekuna stażu, adekwatne do przedmiotu odbywanego stażu w danej branży/dziedzinie, tj. np. umowę z widocznie zaznaczonym okresem wykonywanej pracy na danym stanowisku i/lub świadectwo ukończenia kursu z danej branży/dziedzinie i/lub aktualne świadectwo Egzaminu Kwalifikacyjnego w danej branży/ dziedzinie, certyfikat lub dokument równoważny.

……………………………………………………

(podpis osoby upoważnionej)

# **Załączniki:**

1. Dokumentacja potwierdzająca doświadczenie Opiekuna stażu.
2. Klauzula informacyjna podpisana przez osobę upoważnioną do reprezentacji podmiotu przyjmującego na staż.
3. Klauzula informacyjna podpisana przez osobę wyznaczoną na Opiekuna stażu.
4. W przypadku spółki cywilnej do wniosku należy dołączyć umowę spółki – uwierzytelnioną kserokopię.

|  |  |
| --- | --- |
| **Wypełnia Organizator stażu** | |
| Wniosek został rozpatrzony pozytywnie | □ TAK  □ NIE |
| W ramach wniosku przyznano:  □ zwrot kosztów szkolenia BHP  □ zwrot badań lekarskich/psychologicznych  □ zwrot kosztów wyposażenia stanowiska pracy dla Stażysty/Stażystki  ……………………………………………..  Podpis Organizatora stażu | |

1. Wymiar czasu pracy Opiekuna stażysty musi być równy lub wyższy od wymiaru czasu odbywania stażu stażysty. [↑](#footnote-ref-1)
2. Dotyczy to zakupu materiałów ulegających zużyciu, wyczerpaniu lub degradacji w wyniku normalnej eksploatacji w czasie realizacji zadań stażowych. Łączny koszt szkolenia BHP i wyposażenia stanowiska pracy nie może przekroczyć kwoty 500 zł. Środki udzielane do wyczerpania puli. [↑](#footnote-ref-2)