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

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 Fundacją „Razem”/Dolnośląskimi Pracodawcami:**………………………………..

**Telefon kontaktowy** ……………………………….  
**Adres e-mail:** …………………………………………

**III. Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w dniu składania wniosku:** …………………………..

**IV. 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: ………………………………..

**V. Liczba przewidywanych miejsc odbywania stażu:**………………………………………   
(w tym deklaruję, 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)

**VI. Proponowany okres odbywania stażu:** …………………………………………………

**VII. Miejsce odbywania stażu (adres):**……………………………………………………….

**Nazwa zawodu/ specjalności:** …………………………………………………………………….

**Tygodniowy wymiar czasu pracy wynosi** …….. godzin

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

**VIII. Pracodawca zapewnia zatrudnienie osoby skierowanej na staż w terminie 14 dni od zakończenia stażu[[1]](#footnote-1):**

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

**IX. Imię i nazwisko, wykształcenie oraz stanowisko opiekuna osoby odbywającej staż wraz z oświadczeniem dot. doświadczenia wskazanego opiekuna (zał. nr 2 i 2a) [[2]](#footnote-2)**:

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

**X. 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:

………………………………………………………………………………………………

**XI. Oświadczam, że[[3]](#footnote-3):**

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 znajduję 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.***

................................................ ................................................  
(miejscowość i data) (podpis Pracodawcy)

**Załączniki do wniosku:**

1. Wpis do ewidencji działalności gospodarczej lub aktualny odpisu 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 „Wiedza i praktyka krokiem do aktywności” zał. nr 2
4. Oświadczenie opiekuna wyznaczonego przez pracodawcę do pełnienia funkcję opiekuna stażysty w ramach projektu „Wiedza i praktyka krokiem do aktywności” zał. nr 2a

AKCEPTACJA WNIOSKU:

TAK/NIE

UWAGI…………………………………………………………………………………………………

………………………………….

*podpis Realizatora*

**Załącznik nr 1**

**PROGRAM STAŻU**

**dla Uczestników Projektu „Wiedza i praktyka krokiem do aktywności”**

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

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

Adrespodmiotu przyjmującego na staż

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY WYZNACZAJĄCEGO OPIEKUNA STAŻYSTY W RAMACH PROJEKTU „WIEDZA I PRAKTYKA KROKIEM DO AKTYWNOŚCI”**

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. „Wiedza i praktyka krokiem do aktywności” 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 …………………………………………………………………… pełniąca/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.

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

Pieczątka 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 „WIEDZA I PRAKTYKA KROKIEM DO AKTYWNOŚCI”**

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. „Wiedza i praktyka krokiem do aktywności” 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.

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

Pieczątka i czytelny podpis Pracodawcy

1. Proszę wskazać jedną z opcji [↑](#footnote-ref-1)
2. Funkcję opiekuna stażysty może pełnić wyłącznie osoba posiadająca co najmniej dwunastomiesięczne doświadczenie w branży/dziedzinie, w jakiej realizowany jest staż [↑](#footnote-ref-2)
3. Proszę niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-3)