



POWIATOWY URZĄD PRACY W MYŚLENICACH

32-400 Myślenice, ul. Drogowców 2, tel. 12-372-96-00
e-mail: pup.myslenice@praca.myslenice.pl, krmy@praca.gov.pl
myslenice.praca.gov.pl



Załącznik nr 3 do Regulaminu organizacji staży

UWAGA: Przed złożeniem wniosku przeczytaj Regulamin organizacji staży. Wniosek wypełnij czytelnie, uzupełnij każdy punkt wniosku. Wszystkich poprawek dokonaj poprzez skreślenie i zaparafowanie. Jeżeli jakieś rubryki nie znajdują w Twoim przypadku zastosowania, wpisz „nie dotyczy”, „brak” lub „-”. Sam fakt złożenia wniosku nie gwarantuje skierowania osoby na staż.

WYPEŁNIA URZĄD: Wniosek nr **WPI.670.1. .2025**

pieczęć Organizatora:

Myślenice, dnia:

Powiatowy Urząd Pracy w Myślenicach

WNIOSEK o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu dla osób niepełnosprawnych poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu

na podstawie art. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j.: Dz. U. 2024 poz. 44, z późn. zm.), art. 53 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. 2025 poz. 214) oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz.U. 2009 nr 142 poz. 1160)

Wnioskuje o zorganizowanie stażu dla osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu

A. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZATORA

1. Nazwa firmy lub imię i nazwisko:
.....
2. Reprezentant organizatora (osoba/osoby uprawnione do podpisania umowy: imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe):
.....
3. Siedziba i miejsce prowadzenia działalności gospodarczej:
.....
4. Telefon:, fax: e-mail:
5. Forma prawna:
6. Rodzaj działalności:
7. Data rozpoczęcia działalności:
8. NIP: REGON: PKD:
9. Liczba pracowników zatrudnionych w dniu składania wniosku ogółem:

10. Liczba pracowników zatrudnionych w dniu składania wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy:
11. Liczba osób odbywających staż u organizatora w dniu składania wniosku (proszę również wskazać osoby skierowane z innych urzędów pracy):

B. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI STAŻU

1. Liczba przewidywanych miejsc pracy, na których osoby niepełnosprawne poszukujące pracy niepozostające w zatrudnieniu będą odbywać staż (UWAGA: liczba odbywających staż nie może przekraczać liczby pracowników zatrudnionych u organizatora w dniu składania wniosku **w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy**, a w przypadku organizatora który nie jest pracodawcą staż może odbywać jednocześnie jedna osoba):
.....
2. Proponowany okres odbywania stażu (UWAGA: nie krótszy niż 3 miesiące):
od dnia do dnia
3. Miejsce odbywania stażu (w przypadku innego miejsca wykonywania pracy niż adres siedziby firmy lub adres dodatkowych miejsc pracy wskazanych w podstawie prawnej prowadzonej działalności, przedstaw dokumenty potwierdzające prawo użytkowania lokalu - np. umowa najmu, umowa użyczenia):
4. Szczegółowe dane dotyczące osób przewidzianych do odbycia stażu:

Lp.	Nazwa zawodu lub specjalności *	Kod zawodu zgodny z klasyfikacją zawodów i specjalności	Ilość miejsc	Predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne, poziom wykształcenia, minimalne kwalifikacje niezbędne do podjęcia stażu na danym stanowisku pracy

*nazwę zawodu lub specjalności wpisz zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy, dostępną na stronie internetowej <http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/wyszukiwarka-opisow-zawodow>.

5. Opis zadań jakie będą wykonywane podczas stażu przez skierowanego – wg załącznika nr 1 (tj. Program stażu)
6. Proponowany tryb i wymiar czasu wykonywania zadań podczas stażu wynikający z charakteru pracy w danym zawodzie (zaznacz właściwe):
- ☐ Standardowy rozkład czasu pracy (1 zmiana) – godziny pracy: od do
- Proszę o wyrażenie zgody na realizację stażu w systemie:
- ☐ pracy zmianowej (opisz zmianowość):
- ☐ pracy w niedziele i święta
- ☐ pracy w porze nocnej
7. Imię, nazwisko, data urodzenia, adres osoby (osób) niepełnosprawnej zarejestrowanej w Urzędzie Pracy jako osoba poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu wskazanej przez organizatora:

8. Imię i nazwisko oraz stanowisko opiekuna osoby odbywającej staż (UWAGA: opiekun może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż 3 osobami odbywającymi staż):
.....

C. Po zakończeniu stażu (zaznacz właściwe) deklaruje/ nie deklaruje zatrudnienie (wymień ilu) stażysty na okres minimum (wpisz liczbę miesięcy) miesięcy w wymiarze czasu pracy co najmniej (wpisz wymiar czasu pracy) etat/etatu. Deklaracja dalszego zatrudnienia będzie traktowana jako zgłoszenie wolnego miejsca pracy po zakończeniu stażu.

D. POUCZENIE!

- Niepełnosprawny poszukujący pracy niepozostający w zatrudnieniu nie może odbywać ponownie stażu u tego samego organizatora na tym samym stanowisku pracy, na którym wcześniej odbywał staż, przygotowanie zawodowe w miejscu pracy lub przygotowanie zawodowe dorosłych.
- Niepełnosprawny poszukujący pracy niepozostający w zatrudnieniu bez zgody Starosty, nie może odbywać stażu w niedziele i święta, w porze nocnej, w systemie pracy zmianowej ani w godzinach nadliczbowych.
- Na zwolnione miejsce, po przerwanym stażu, Urząd nie kieruje kolejnej osoby na uzupełnienie.

Załączniki do złożonego wniosku:

1. Program stażu.
2. Oświadczenie.
3. Klauzula informacyjna w zakresie przetwarzania danych osobowych.
4. Oświadczenie o niepodleganiu sankcjom w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę.
5. W przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej kopia podstawy prawnej prowadzonej działalności lub zaświadczenie o prowadzeniu gospodarstwa rolnego. W przypadku spółki cywilnej dodatkowo umowa spółki cywilnej.
6. W przypadku szkół, przedszkoli należy przedłożyć akt założycielski szkoły, przedszkola lub pierwsze strony statutu oraz pełnomocnictwo dyrektora szkoły, przedszkola do składania oświadczeń woli.
7. Umocowanie do reprezentowania wnioskodawcy w sytuacji gdy osoba podpisująca wniosek i umowę nie jest upoważniona do reprezentowania organizatora w stosownym dokumencie rejestrowym.

Wszystkie załączniki będące kserokopiami muszą być poświadczone za zgodność z oryginałem.

Oświadczam, iż zapoznałem/łam się z Regulaminem organizacji staży obowiązującym w Powiatowym Urzędzie Pracy w Myślenicach.

Pieczętka i podpis Organizatora:

PROGRAM STAŻU

Nazwa zawodu lub specjalności zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy:

Nazwa stanowiska pracy:

Nazwa komórki organizacyjnej:

Opiekun osoby (osób) objętej (-ych) programem stażu:

Imię i nazwisko, zajmowane stanowisko:

Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych
.....
.....
.....

Zakres zadań zawodowych wykonywanych przez stażystę w okresie odbywania stażu:

- ✓
- ✓
- ✓
- ✓
- ✓
- ✓
- ✓
- ✓
- ✓
- ✓
- ✓

Potwierdzenie nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych stanowić będą opinia organizatora stażu zawierająca informacje o zadaniach realizowanych przez stażystę i umiejętnościach praktycznych pozyskanych w trakcie stażu, wydana po zakończeniu stażu oraz sprawozdanie z przebiegu stażu sporządzone przez stażystę i potwierdzone przez opiekuna stażu.

Strony zgodnie oświadczają, iż realizacja w/w programu stażu, umożliwi osobie niepełnosprawnej poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu samodzielne wykonywanie pracy na danym stanowisku lub zawodzie po zakończeniu stażu.

.....
(pieczęć i podpis Dyrektora Urzędu) (podpis osoby objętej programem) (podpis i pieczęć Organizatora)

W przypadku kilku różnych stanowisk dla każdego z nich należy sporządzić odrębny program stażu.

Pieczęć Organizatora:

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że nie jestem w stanie likwidacji lub upadłości oraz, że w dniu złożenia wniosku:

1. nie zalegam z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
2. nie zalegam z opłacaniem w terminie innych danin publicznych;
3. nie posiadam nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
4. w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku nie byłem/łam karany za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t.j.: Dz.U. 2024 poz. 17, z późn. zm.) lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (t.j. Dz. U. 2023 poz. 659, z późn. zm.);
5. nie zmniejszyłem/łam wymiaru czasu pracy pracownika i nie rozwiązałem/łam stosunku pracy z pracownikiem w drodze dokonanej przeze mnie wypowiedzenia w okresie ostatnich 3 miesięcy;
6. w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku nie zostałem/łam ukarany/na lub skazany/na prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy oraz nie jestem objęty/ta postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.

Data, podpis i pieczęć Organizatora:

KLAUZULA INFORMACYJNA W ZWIĄZKU Z PRZETWARZANIEM DANYCH OSOBOWYCH
DLA WNIOSKODAWCY W ZWIĄZKU Z UBIEGANIEM SIĘ I REALIZACJĄ INSTRUMENTÓW
FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PFRON

Zgodnie z art. 13 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 takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE.L Nr 119), zwanego dalej RODO, Powiatowy Urząd Pracy w Myślenicach informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Myślenicach, (zwany dalej Urzędem) mający siedzibę przy ul. Drogowców 2, 32-400 Myślenice, tel. 12 372-96-04.
2. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych ma charakter dobrowolny. Jednak odmowa podania danych osobowych skutkuje brakiem możliwości realizacji usług i form wsparcia dla pracodawców.
3. Pani/Pana dane, w tym dane osobowe przetwarzane są w celu:
 - a) realizacji zadań przez Urząd i wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO;
 - b) realizacji zadań przez Urząd i wykonywania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. e RODO, ujętych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t. j. Dz. U. 2025 poz. 214), ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. 2024 poz. 44, z późn. zm.) oraz aktów wykonawczych wydanych na ich podstawie;
 - c) rozpoznanie złożonego wniosku oraz przyznanie dofinansowania i jego rozliczenie przez PFRON.
4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych mogą być:
 - a) Podmioty publiczne – na podstawie przepisów prawa;
 - b) Podmioty, które przetwarzają dane osobowe na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych;
 - c) PFRON oraz Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Myślenicach w związku ze wspólnym korzystaniem przez te podmioty z Systemu Obsługi Wsparcia finansowanego ze środków PFRON, zwanego dalej „Systemem SOW”;
 - d) Podmioty, które na podstawie umów zawartych z administratorami Systemu SOW świadczą usługi wsparcia, np. prawne, pocztowe, informatyczne oraz podmiot świadczący usługi serwisowe dla Systemu SOW.
5. Pani/Pana dane, w tym dane osobowe związane z realizacją zadania publicznego będą przechowywane przez okres niezbędny do zakończenia danej formy wsparcia oraz w obowiązkowym okresie przechowywania dokumentacji archiwalnej ustalonej zgodnie z odrębnymi przepisami.

6. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawienia i sprostowania oraz w zakresie wynikających z przepisów do usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania.
7. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego do przetwarzania danych osobowych, jeśli uzna Pani/Pan, że dane te są przetwarzane niezgodnie z przepisami prawa.
8. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych może Pani/Pan skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość pisemnie na adres siedziby Urzędu lub na adres poczty elektronicznej: iod@praca.myslenice.pl.

Otrzymałam/em

Data i podpis Organizatora:

Myślenice, dn.

Pieczęć Organizatora:

Oświadczenie o niepodleganiu sankcjom w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę

Oświadczam, że nie jestem związany z osobami lub podmiotami, względem których stosowane są środki sankcyjne nałożone w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę, i które figuruje na stosownych listach, zarówno unijnych, jak i krajowych oraz że sam nie znajduję się na takiej liście.

Jednocześnie zobowiązuje się do złożenia stosownego oświadczenia, w przypadku wystąpienia takiego powiązania bądź gdy zostaną objęty sankcjami, o których mowa powyżej od dnia złożenia niniejszego wniosku do dnia zawarcia umowy oraz w trakcie jej realizacji. Oświadczenie zostanie złożone niezwłocznie od wystąpienia zdarzenia opisanego w zdaniu poprzednim.

Czytelny podpis Organizatora:

Niniejsze oświadczenie służy stosowaniu:

1. rozporządzenia Rady (WE) nr 765/2006 z dnia 18 maja 2006 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z sytuacją na Białorusi i udziałem Białorusi w agresji Rosji wobec Ukrainy;
2. rozporządzenia Rady (UE) nr 269/2014 z dnia 17 marca 2014 r. w sprawie środków ograniczających w odniesieniu do działań podważających integralność terytorialną, suwerenność i niezależność Ukrainy lub im zagrażających;
3. rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie.

Listy osób i podmiotów, względem których stosowane są środki sankcyjne znajdują się w załącznikach do regulacji unijnych oraz w rejestrze zamieszczonym na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji.

Wypełnia Powiatowy Urząd Pracy:

Weryfikacji podmiotu dokonano w dniu wynik: POZYTYWNY/NEGATYWNY

podpis pracownika PUP: