Tomaszów Mazowiecki, dnia ...................... 2025 r.

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

/pieczęć firmowa Wnioskodawcy/

**Powiatowy Urząd Pracy**

 **w Tomaszowie Mazowieckim**

### WNIOSEK

### O ZORGANIZOWANIE STAŻU

na zasadach określonych w art. 53 ust. 1, 2, art.108 ust. 1 pkt. 17, 18 ustawy z dnia 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 r. poz. 475 ze zm.) oraz rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia
20 sierpnia 2009 roku w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz. U z 2009 roku Nr 142 poz.1160).

**I. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZATORA**

1. Pełna nazwa i adres siedziby:

……………………………................................................................................................ miejsce prowadzenia działalności gospodarczej ........................................................................................................................................ telefon .............................................. e-mail ..................................................................
adres do doręczeń elektronicznych (skrzynka do e-doręczeń) ………………………….

1. Adres zamieszkania (dot. osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą):

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

1. Forma prawna: .......................................................................................................... rodzaj prowadzonej działalności: ................................................................................... PKD ………..………...………., data rozpoczęcia działalności........................................
2. NIP ........................................................., REGON ...............................................
3. PESEL (dot. osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą): ………………………………………………………………………………………………..
4. Imię i nazwisko, stanowisko osoby upoważnionej do reprezentowania organizatora:

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

**II. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI STAŻU**

1. Zgłaszam możliwość zorganizowania stażu dla ..... bezrobotnych

zarejestrowanych w PUP

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Data urodzenia | Adres zamieszkania |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Proponowany okres odbywania stażu ........... miesięcy.
2. Miejsce odbywania stażu: ........................................................................................................................................

 (adres)

1. Wymagany poziom wykształcenia: ........................................................................................................................................

 - kwalifikacje ........................................................................................................................................

 - predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne ......................….…………...............................................................................................

1. Skierowani przez urząd pracy bezrobotni będą odbywać staż w zawodzie /na stanowisku/:

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

6. Staż będzie realizowany w systemie pracy zmianowej Tak / Nie (niepotrzebne skreślić) w godz. od ….. do…., od ….. do .…. W systemie pracy zmianowej dopuszczalna jest praca w godz. 6.00 – 22.00.

1. Opiekun bezrobotnego \*

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

 (imię i nazwisko , stanowisko oraz numer telefonu)

**III. ZOBOWIĄZANIA ORGANIZATORA STAŻU**

1. Zadania wykonywane podczas stażu, w tym nazwa zawodu zgodna z klasyfikacją zawodów i specjalności oraz stanowiska pracy określone są w programie stażu.
2. Zobowiązuję się do zatrudnienia po zakończeniu stażu:

 a/ ............ osób, o których mowa we wniosku **na czas nieokreślony**,

 b/ ............ osób, o których mowa we wniosku **na czas określony minimum
3 m-cy** w ramach umowy o pracę w wymiarze minimum ½ etatu*.*

1. Oświadczam, że w okresie ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem wniosku zatrudnienie u Organizatora przedstawia się następująco

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | miesiąc, rok | Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy \*\* |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |

1. Liczba pracowników **w dniu złożenia wniosku** w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy ……….. \*\*
2. Oświadczam, że w dniu złożenia wniosku w trakcie realizacji są poniżej wymienione umowy o zorganizowanie stażu:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Numer umowy | Okres trwania umowy  | Ilość osób |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Oświadczam, że skieruję osoby bezrobotne, które zamierzam przyjąć na staż na badania lekarskie i pokryję koszty z tym związane oraz przedstawię kserokopię zaświadczenia stwierdzającego zdolność i predyspozycje bezrobotnego do odbycia stażu w danym zawodzie, specjalności lub na danym stanowisku.

**Wnioski niekompletne oraz wypełnione nieczytelnie nie będą przez PUP rozpatrywane**.

**Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym wniosku
i w załącznikach są zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia w błąd przy ich przedstawianiu.**

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

 / podpis i pieczęć Organizatora /

**Załączniki (wydrukowane pojedynczo na odrębnych kartkach):**

**1**. Program stażu sporządzony w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, odrębnie dla każdego stanowiska, **czytelnie** – Załącznik nr 1 do wniosku oraz umowy.

**2**. Oświadczenie - Załącznik nr 2 i nr 3 do wniosku.

**3.** Kserokopia dokumentu poświadczającego formę prawną istnienia firmy (wydruk
z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, wydruk KRS, umowa spółki cywilnej, statut instytucji publicznej, itd.).

**4.** Pełnomocnictwo do reprezentacji podmiotu, w przypadku gdy jest inna niż wynika z dostępnych dokumentów, tj. Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej oraz Krajowy Rejestr Sądowy.

**5**. Kserokopię dokumentu potwierdzającego powierzenie obowiązków kierownika jednostki (np. MOPS, szkoła, przedszkole, itp.).

**6**. Kserokopię zaświadczenia o wyborze starosty, prezydenta, burmistrza,
wójta – w przypadku jednostek samorządu terytorialnego.

**7.** Kserokopię dokumentu potwierdzającego prowadzenie działalności we wskazanym miejscu odbywania stażu – dotyczy przypadku, kiedy miejsce odbywania stażu nie widnieje w dokumencie stanowiącym podstawę funkcjonowania Organizatora – dokument potwierdzający formę prawną użytkowania tego lokalu przez Organizatora.

\* opiekun bezrobotnego może sprawować jednocześnie opiekę nad nie więcej niż trzema bezrobotnymi osobami odbywającymi staż;

\*\* w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy - nie wlicza się pracowników na urlopach wychowawczych, na urlopach bezpłatnych, a także zatrudnionych
w celu przygotowania zawodowego (uczniów), a także umów cywilnoprawnych.

**Załącznik nr 1**

**Program Stażu**

sporządzonyprzez:

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

zwany dalej „Organizatorem”, reprezentowany przez:

................................................................. - ...................................................................

 /imię i nazwisko/ /stanowisko/

1. Proponowany opiekun stażu:

......................................................................... - ...........................................................

/imię i nazwisko/ /stanowisko/

1. Nazwa zawodu , specjalności lub stanowiska zgodna z klasyfikacją zawodów i specjalności:

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

1. Komórka organizacyjna -……………………………………………………….………...

|  |  |
| --- | --- |
| Zakres zadań zawodowych wykonywanych przez bezrobotnego | Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych  |
|  |  |

1. Sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych**:**
po zakończeniu stażu Organizator sporządzi opinię, w której przedstawi zakres nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych.
2. **Okres odbywania stażu:
od dnia ................................. do dnia ....................................... .**
3. Strony zgodnie oświadczają, że realizacja programu stażu umożliwi bezrobotnym samodzielne wykonywanie pracy na danym stanowisku lub w zawodzie po zakończeniu stażu.
4. Organizator oświadcza, że stażysta nie będzie ponosił odpowiedzialności materialnej, czynności ujęte w opisie zadań będzie wykonywał pod nadzorem wskazanego opiekuna, którego rolą jest udzielanie bezrobotnemu m. in. wskazówek i pomocy w wypełnianiu powierzonych zadań przez cały czas wykonywania ww. czynności.
5. Zmiana programu może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej w postaci aneksu do umowy.

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

/podpis i pieczęć Organizatora/

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

/akceptacja /akceptacja Dyrektora PUP/

doradcy zawodowego PUP/

**Załącznik nr 2**

**OŚWIADCZENIE**

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

nazwa Organizatora

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

adres

**Oświadczam, że w dniu złożenia wniosku o odbywanie stażu:**

1) **nie zalegam / zalegam\*** z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;

2) **nie zalegam / zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie należności podatkowych i innych danin publicznych;

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

/data, podpis i pieczątka Organizatora/

**\*** niepotrzebne skreślić

  **Załącznik nr 3**

 **OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

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

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

*(nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez: …..……………………………………………….……………

 *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

Na potrzeby rozpatrzenia wniosku z dnia ………………..……….. w sprawie ………………………...………..………………………………………………………………………………………………………………...………………………………………………., oświadczam, że podmiot/osoba, który/którą reprezentuję oraz podmioty/osoby z nimi powiązane nie zostały objęte sankcjami na podstawie prawodawstwa unijnego
i krajowego wprowadzającego sankcje wobec podmiotów oraz osób, które
w bezpośredni lub pośredni sposób wspierają działania wojenne Federacji Rosyjskiej lub są za nie odpowiedzialne.

………………………………………………………

*Data, podpis(y) osoby/osób upoważnionej(ych)*

Lista osób i podmiotów, wobec, których są stosowane środki sankcyjne prowadzona jest przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji i publikowana w Biuletynie Informacji Publicznej, na stronie podmiotowej ministerstwa właściwego do spraw wewnętrznych, o której mowa w *ustawie z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego*.

**Klauzula informacyjna RODO dla wykonawców / podwykonawców projektu**

*(art. 13 i 14 RODO)*

Szanowna/y Pani/Panie,

zgodnie z art. 13 i art. 14 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 (dalej zwane „RODO”) uprzejmie informuję, iż:

* + - 1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:
1. Zarząd Województwa Łódzkiego z siedzibą w Łodzi 90-051, al. Piłsudskiego 8, tel.: 42 663 30 00, e-mail: info@lodzkie.pl,
2. Wojewódzki Urząd Pracy w Łodzi z siedzibą w Łodzi 90-608, ul. .Wólczańska 49, tel.: 42 633 58 78, e-mail: lowu@wup.lodz.pl,
3. Powiatowy Urząd Pracy w Tomaszowie Mazowieckim z siedzibą w Tomaszowie Mazowieckim 97-200, ul. św. Antoniego 41, tel.: 44 724 68 64, e-mail: loto@praca.gov.pl.
	* + 1. Administratorzy powołali Inspektorów Ochrony Danych, z którymi można się skontaktować w sprawie przetwarzania danych osobowych pisząc na:
4. adres e-mail: iod@lodzkie.pl lub na adres siedziby administratora,
5. adres e-mail: ochronadanych@wup.lodz.pl lub na adres siedziby administratora,
6. adres e-mail: iod@puptomaszow.pl lub na adres siedziby administratora.
	* + 1. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu:

rozliczenia projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, monitoringu, kontroli, audytu i sprawozdawczości w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027, a także w celach archiwizacyjnych.

1. Podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest:
* art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO w związku z:
* Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającym wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej;
* Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiającym Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013;
* ustawą z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych;
* ustawą z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027;
* ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.
1. Przetwarzane dane to:

Imię i nazwisko/nazwa instytucji, NIP, REGON, PESEL, numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, adres, źródło i kwota dochodu, wysokość aktualnych zobowiązań finansowych, data zawarcia umowy, kwota na którą zawarto umowę.

1. Źródło Pani/Pana:

Dane pozyskujemy bezpośrednio od osób, których one dotyczą, albo od instytucji i podmiotów zaangażowanych w realizację Programu, w tym w szczególności od Beneficjenta i Partnera.

1. Odbiorcami/kategoriami odbiorców Pani/Pana danych osobowych będą:
* Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego
* podmioty, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu;
* użytkownicy stron internetowych dotyczących zamówień publicznych;
* podmioty dokonujące badań, kontroli, audytu, ewaluacji na zlecenie IZ FEŁ2027 / IP
w związku z realizacją programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027
1. Dane będą przechowywane przez okres:

5 lat od dnia 31 grudnia roku, w którym IP dokonała ostatniej płatności na rzecz Beneficjenta. Okres, o którym mowa w zdaniu pierwszym, zostaje wstrzymany
w przypadku wszczęcia postępowania prawnego albo na wniosek Komisji Europejskiej. Dokumenty dotyczące pomocy publicznej udzielanej w ramach projektu przechowywane będą przez 10 lat, licząc od dnia jej przyznania, o ile projekt dotyczy pomocy publicznej.

1. Posiada Pani/Pan prawo do:
* dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
* sprostowania (poprawiania) swoich danych, jeśli są błędne lub nieaktualne;
* usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych w przypadku wystąpienia przesłanek określonych w art. 17 i 18 RODO;
* wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w przypadku wystąpienia przesłanek, o których mowa w art. 21 RODO;
* wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych Adres: Urząd Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2 00-193 Warszawa.