

Nr ewidencyjny wniosku\*\*

OfPr/ \_\_\_\_/\_\_\_\_

WnStaz/ \_\_\_\_/\_\_\_\_

UmStaz/ \_\_\_\_/\_\_\_\_

**STAROSTA SUWALSKI**

**W N I O S E K**

**o zorganizowanie stażu osobom bezrobotnym zarejestrowanym w PUP w Suwałkach  
w ramach Programu Specjalnego 2016**

1. Dane organizatora:

- a) nazwa firmy lub imię i nazwisko .....
- b) adres siedziby.....
- c) miejsce prowadzenia działalności .....
- d) telefon ..... fax ....., e-mail .....
- e) forma prawna .....
- f) rodzaj działalności .....
- g) data rozpoczęcia działalności .....
- h) liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy.....  
w tym zatrudnionych: na czas określony .....  
na czas nieokreślony .....
- i) liczba stażystów odbywających staż na dzień złożenia wniosku.....
- j) NIP.....REGON.....PKD 2007.....
- k) imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania organizatora:

2. Dane opiekuna bezrobotnego(ych) objętego(ych) programem stażu:

Lp.	Imię i nazwisko opiekuna	Stanowisko	Wykształcenie
1			
2			

**Opiekun bezrobotnego odbywającego staż może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż 3 osobami bezrobotnymi odbywającymi staż.**

3. Wnioskowany okres odbywania stażu:

..... tj. od.....do.....liczba osób.....

4. Miejsce odbywania stażu (adres).....

5. Opis (zakres) zadań jakie będą wykonywane podczas stażu przez bezrobotnego:

a) nazwa i kod zawodu lub specjalność.....  
zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności- Rozporządzenie MPiPS z 07.08.2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U z .2014 poz.1145)

b) nazwa komórki organizacyjnej i stanowiska pracy.....

6. Wymagania dotyczące bezrobotnych:

- a) predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne .....
- b) poziom wykształcenia .....
- c) minimalne kwalifikacje niezbędne do podjęcia stażu .....

d) czy istnieje potrzeba skierowania bezrobotnego(ych) na:

- 
- badania lekarskie mające na celu stwierdzenie jego zdolności do wykonywania stażu – **TAK/NIE\***
- na badania lekarskie, wymagane w przepisach odrębnych (np. sanitarno-epidemiologiczne) **TAK/NIE\***

7. Czynności wykonywane przez bezrobotnych w trakcie odbywania stażu będą:

- w godzinach od.....do.....
- w porze nocnej –**TAK/NIE\***
- w systemie pracy zmianowej –**TAK/NIE\***
- w niedziele i święta –**TAK/NIE\***
- szkodliwe lub uciążliwe dla zdrowia –**TAK/NIE\***

8. Czy zakład pracy jest w stanie likwidacji lub upadłości? – **TAK/NIE\***

9. Po upływie okresu stażu zobowiązuję się:

- \* do zatrudnienia osoby(ób) bezrobotnej(ych) na **umowę o pracę** na okres.....  
lub
- \* do powierzenia pracy osobie(om) bezrobotnej(ym) na **umowę zlecenie** na okres.....  
z wynagrodzeniem(brutto) ..... za każdy miesiąc.

10. Osoby bezrobotne proponowane do odbycia stażu:

Lp.	Imię i nazwisko	PESEL	telefon	wnioskowane stanowisko
1				
2				

11. **Zalegam/ nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.

Znane są mi przepisy Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz.U. 2015.r.,poz.149 z póź.zm.) oraz Rozporządzenie MPiPS z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz.U. z 2009 nr 142 poz. 1160)

\* - **niepotrzebne skreślić**

\*\* - **wypełnia PUP**

Suwałki, dn. ....

**Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie we wniosku danych niezgodnych z prawdą oraz za złożenie fałszywego oświadczenia.**

.....  
(Główny Księgowy, inna osoba  
prowadząca dokumentację księgową)  
**pieczętka i podpis czytelny**

.....  
(Właściciel, Dyrektor, Prezes)  
**pieczętka i podpis czytelny**

## Załączniki:

1. **Program stażu** – precyzujący zakres zadań zawodowych do wykonania przez bezrobotnego i nabywane przez niego umiejętności (**Załącznik nr 1**);

### Pouczenie:

Urząd wyznaczy Wnioskodawcy co najmniej 7-dniowy termin na uzupełnienie wniosku w przypadku, gdy wniosek zostanie wypełniony nieczytelnie lub nie zawiera pełnych, wymaganych informacji bądź kompletu załączników. Wnioski nieuzupełnione we wskazanym terminie pozostawia się bez rozpatrzenia.

Wiarygodność informacji podanych we wniosku i w załączonych do niego dokumentach potwierdzam(my) własnoręcznym podpisem. Świadomy(mi) odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 Kodeksu karnego jednocześnie oświadczam(my), że informacje zawarte we Wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęćka i podpis Wnioskodawcy)  
lub osoby upoważnionej do  
reprezentowania Wnioskodawcy

---

### OPINIA PUP \*\*

Wniosek został rozpatrzony negatywnie/pozytywnie\* i (nie)\* przyjęty do realizacji na posiedzeniu Komisji w dniu.....na staż dla.....osób/osoby\* na okres..... z powodu .....

\* - niepotrzebne skreślić

\*\* - wypełnia PUP

