

.....
(pieczęć lub nazwa organizatora)

.....
(data)

Adnotacja PUP

**Starosta Moniecki
Powiatowy Urząd Pracy
w Mońkach**

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O ZORGANIZOWANIE STAŻU

Na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia oraz Rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 30 października 2025 r. w sprawie szczegółowego sposobu i trybu organizowania stażu dla bezrobotnych

1. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZATORA STAŻU – WNIOSKODAWCY				
Nazwa wnioskodawcy				
ADRES SIEDZIBY ORGANIZATORA STAŻU				
ulica		nr		lok.
miescowość		kod pocztowy		
powiat		województwo		
nr telefonu		e-mail		
NIP		REGON		
adres do e-doręczeń				
PESEL (przypadku osoby fizycznej nieposiadającej numeru NIP ani REGON)				
W przypadku braku numeru PESEL – data i miejsce urodzenia, rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:				
ADRES DO DORĘCZEŃ (wypełnić jeżeli jest inny niż siedziby)				
ulica		nr		
miescowość		kod pocztowy		
powiat		województwo		
ADRES MIEJSCA PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI / MIEJSCA ODBYWANIA STAŻU (wypełnić jeżeli jest inny niż siedziby)				
ulica		nr		lok.
miescowość		Kod pocztowy		
powiat		województwo		

DANE ORGANIZATORA STAŻU	
forma prawna	
rodzaj działalności	
PKD	
data rozp. działalności	
Imię i Nazwisko oraz stanowisko/a osoby/osób reprezentującej/ych organizatora stażu przy podpisywaniu umowy (zgodnie z dokumentami rejestracyjnymi)	
osoba do kontaktu	
nr telefonu/e-mail	

2. STAN ZATRUDNIENIA NA DZIEŃ ZŁOŻENIA WNIOSKU U ORGANIZATORA STAŻU		
Forma zatrudnienia	Ogólna liczba pracowników w dniu złożenia wniosku	Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w dniu złożenia wniosku
Umowa o pracę		

Do liczby pracowników nie należy wliczać: właściciela firmy, młodocianych, zatrudnionych w ramach umów o dzieło.

3. DANE DOTYCZĄCE LICZBY BEZROBOTNYCH AKTUALNIE ODBYWAJĄCYCH STAŻ U WNIOSKODAWCY			
Imię i Nazwisko bezrobotnego	Okres odbywania stażu	Imię i Nazwisko opiekuna stażysty	Nazwa urzędu pracy lub innego podmiotu, który skierował bezrobotnego

4. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI PLANOWANEGO MIEJSCA STAŻOWEGO	
W przypadku wnioskowania o różne stanowiska prosimy o wypełnienie tabeli dla każdego stanowiska osobno.	
Liczba miejsc	
Możliwość odbycia stażu przez osoby z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> TAK, liczba miejsc: <input type="checkbox"/> NIE
Opiekun stażysty	Imię i nazwisko
	Stanowisko
Kod zawodu	
Nazwa zawodu lub specjalności	

Poziom wykształcenia	
Minimalne kwalifikacje / umiejętności	
Predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne	
Imię i Nazwisko i data urodzenia osoby proponowanej do odbycia stażu	
Czy w przypadku niespełnienia przez wskazaną osobę do odbycia stażu kryteriów dających pierwszeństwo w skierowaniu do udziału w stażu (art. 69)* , organizator wyraża zgodę na skierowanie innego kandydata wskazanego przez PUP, spełniającego te kryteria?	<input type="checkbox"/> Tak, wyrażam zgodę na skierowanie innego kandydata. <input type="checkbox"/> Nie wyrażam zgody. <input type="checkbox"/> Nie dotyczy.
Czy w przypadku niespełnienia innych warunków do odbycia stażu przez wskazaną osobę organizator wyraża zgodę na skierowanie innego kandydata?	<input type="checkbox"/> TAK, wyrażam zgodę na skierowanie innego kandydata. <input type="checkbox"/> NIE, rezygnuję z realizacji wniosku. <input type="checkbox"/> Nie dotyczy.
Zadania wykonywane przez stażystę będą: (zaznaczyć właściwe)	<input type="checkbox"/> w siedzibie lub innym miejscu wskazanym przez organizatora, <input type="checkbox"/> całkowicie zdalnie w miejscu wskazanym przez osobę odbywającą staż i uzgodnionym z Organizatorem, w tym pod adresem zamieszkania stażysty*, <input type="checkbox"/> częściowo zdalnie* * Wskazać wymiar czasu pracy w przypadku stażu w formie zdalnej:godzin * W przypadku stażu organizowanego w formie zdalnej konieczne będzie określenie warunków i zasad organizacji stażu
Wymiar godzinowy w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy (nie może być krótszy niż 20h/tydzień)	<input type="checkbox"/> Pełny wymiar – przeciętnie 40 godzin <input type="checkbox"/> Niepełny wymiar:..... godzin
Godziny pracy	
System czasu pracy	
Rozkład czasu pracy	
W przypadku pracy w niedzielę i święta, w porze nocnej lub w systemie pracy zmianowej proszę uzasadnić konieczność takiej pracy.	

5. PROPONOWANY OKRES ODBYWANIA STAŻU (OD 3 DO 6 MIESIĘCY)	PROPONOWANY TERMIN ROZPOCZĘCIA STAŻU

6. OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA	TAK	NIE
1. Dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym w dniu złożenia.		
2. Znajduje się w stanie likwidacji lub upadłości.		
3. Posiadam zaległości wobec ZUS, Urzędu Skarbowego bądź KRUS.		
4. Znajduję się na liście osób i podmiotów objętych sankcjami na podstawie ustawy z dnia 13.04.2022r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego oraz nie znajduję się w załączniku nr 1 do Rozporządzenia Rady (UE) nr 269/2014 (Dz. Urz. UE L 78, s. 6 ze zm.) oraz w załączniku nr 1 do Rozporządzenia Rady (WE) nr 765/2006 (Dz. Urz. UE L 134, s. 1 ze zm.) - wykazy osób fizycznych i prawnych, podmiotów i organów podlegających sankcjom.		
5. Zobowiązuję się do wykonania i pokrycia kosztów badań lekarskich wymaganych na stanowiskach na które kierowane są osoby do odbycia stażu.		
6. Zobowiązuję się zawrzeć umowę o organizację stażu, zawierającą zapis o obowiązku zatrudnienia osoby bezrobotnej po zakończeniu stażu na okres co najmniej 3 miesięcy na warunkach zgodnych ze złożoną ofertą deklarowanego zatrudnienia.		
7. Jestem pełnoletnią osobą fizyczną, nieposiadającą statusu bezrobotnego, zamieszkującą i prowadzącą na terytorium RP, osobiście i na własny rachunek, <u>działalność w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej (w tym ogrodniczej, sadowniczej, pszczelarskiej i rybnej)</u> , w pozostającym w moim posiadaniu gospodarstwie rolnym lub prowadzącą dział specjalny produkcji rolnej, o którym mowa w ustawie z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników.		
8. Wypełnić jeżeli wskazano imiennie kandydata do odbycia stażu: Wskazany bezrobotny nie odbywał stażu, nie był zatrudniony, w tym jako młodociany pracownik w celu przygotowania zawodowego, ani nie wykonywał innej pracy zarobkowej w mojej firmie/instytucji/podmiocie w okresie ostatnich 24 miesięcy.		

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis organizatora lub osoby upoważnionej)

*** Zgodnie z art. 69 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia Pierwszeństwo w skierowaniu do udziału w formach pomocy przysługuje:**

- 1) bezrobotnym posiadającym Kartę Dużej Rodziny;
- 2) bezrobotnym powyżej 50. roku życia;
- 3) bezrobotnym bez kwalifikacji zawodowych;
- 4) bezrobotnym niepełnosprawnym;
- 5) długotrwale bezrobotnym;
- 6) bezrobotnym i poszukującym pracy, będącym osobami do 30. roku życia;
- 7) bezrobotnym samotnie wychowującym co najmniej jedno dziecko.

WERYFIKACJA – WYPEŁNIA PUP	
Dane Organizatora zweryfikowano w bazie:	CEIDG / KRS / REGON
Oświadczenia Organizatora zweryfikowano:	
ZUS	pozytywnie / negatywnie / brak możliwości weryfikacji
KAS	pozytywnie / negatywnie / brak możliwości weryfikacji
KRUS	pozytywnie / negatywnie / brak możliwości weryfikacji
LISTA SANKCYJNA	pozytywnie / negatywnie / brak możliwości weryfikacji
INNE, JAKIE.....	
UWAGI:	
Data i podpis pracownika	

DECYZJA DYREKTORA PUP	Zatwierdzam do realizacji		Nie zatwierdzam	
UWAGI				
DATA I PODPIS				

ZAKRES WIEDZY I UMIEJĘTNOŚCI ZAWODOWYCH PRZEWIDZIANYCH DO NABYCIA PRZEZ BEZROBOTNEGO

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INNE WAŻNE INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEBIEGU STAŻU

.....

.....

.....

.....

.....

**Zmiana programu stażu może nastąpić w formie pisemnej w postaci aneksu do umowy.
Organizator stażu zobowiązany jest do należytej realizacji stażu zgodnie z ustalonym programem.**

.....
(podpis organizatora lub osoby upoważnionej)

1. Czas realizacji programu stażu przez bezrobotnego odbywającego staż nie może przekraczać 8 godzin na dobę i przeciętnie 40 godzin w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy, w przyjętym okresie rozliczeniowym nieprzekraczającym 3 miesięcy. Czas realizacji programu stażu bezrobotnego będącego osobą niepełnosprawną zaliczoną do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności nie może przekraczać 7 godzin na dobę i 35 godzin w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy, w przyjętym okresie rozliczeniowym nieprzekraczającym 3 miesięcy.
2. Czas realizacji programu stażu przez bezrobotnego odbywającego staż nie może być krótszy niż 20 godzin w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy, w przyjętym okresie rozliczeniowym nieprzekraczającym 3 miesięcy.
3. W przypadku realizacji stażu w niepełnym wymiarze, stypendium stażowe wypłacane osobie odbywającej staż jest pomniejszane proporcjonalnie do przepracowanych godzin.
4. Bezrobotny nie może odbywać stażu w niedziele i święta, w porze nocnej, w systemie pracy zmianowej ani w godzinach nadliczbowych.
5. Starosta (Dyrektor PUP) może wyrazić zgodę na realizację stażu w niedzielę i święta, w porze nocnej lub w systemie pracy zmianowej, o ile charakter pracy w danym zawodzie wymaga takiego rozkładu czasu pracy.
6. Na wniosek bezrobotnego odbywającego staż organizator stażu udziela 2 dni wolnych za każde 30 dni kalendarzowych odbywania stażu. Za dni wolne przysługuje stypendium. Za ostatni miesiąc odbywania stażu organizator stażu udziela dni wolnych przed upływem terminu zakończenia stażu. Przy niepełnym miesiącu odbywania stażu

**Deklaracja dotycząca form i warunków zatrudnienia osób bezrobotnych
po zakończeniu stażu.**

1. DEKLARACJA ORGANIZATORA STAŻU DOTYCZĄCA FORMY ZATRUDNIENIA OSÓB BEZROBOTNYCH PO ZAKOŃCZENIU STAŻU			
	Zaznaczyć właściwe pole (X)	Liczba osób	Wymiar etatu
Umowa o pracę na czas określony 3 m-ce			
Umowa o pracę na czas określony powyżej 3 m-cy			
Umowa o pracę na czas nieokreślony			
Brak deklaracji zatrudnienia			

2. DANE DOTYCZĄCE WARUNKÓW DEKLAROWANEGO ZATRUDNIENIA BEZROBOTNEGO PO ZAKOŃCZENIU STAŻU	
Nazwa stanowiska	
Liczba miejsc pracy	
Rodzaj wykonywanej pracy	
Proponowane wynagrodzenie	
Miejsce wykonywania pracy	
Data rozpoczęcia zatrudnienia	

Zobowiązuje się do zatrudnienia osoby/osób po zakończeniu stażu zgodnie z powyższą ofertą

.....
Miejscowość i data

.....
podpis organizatora lub osoby upoważnionej

Klauzula informacyjna

(dotycząca przetwarzania danych osobowych w związku ze złożonym wnioskiem o zorganizowanie stażu)

Wypełniając obowiązki określone w art. 13 i 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) zwanego dalej „RODO”, Powiatowy Urząd Pracy w Mońkach informuje, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Mońkach z siedzibą przy ul. Wyzwolenia 22, 19-100 Mońki, NIP 546-12-08-422, REGON 450709603.
2. Kontakt z inspektorem ochrony danych jest możliwy poprzez adres email: iod@pupmonki.pl lub listownie na adres Administratora z dopiskiem „IOD”.
3. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie:
 - a) art. 6 ust. 1 lit. c RODO w związku z ustawą z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia w celu rozpatrzenia złożonego wniosku o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu oraz zawarcia umowy o zorganizowanie stażu,
 - b) art. 6 ust 1 lit. b RODO w celu wykonania umowy której jest Pani/Pan stroną lub do podjęcia działań przed zawarciem umowy,
 - c) art. 6 ust. 1 lit f RODO w celu realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora jakim jest weryfikacja możliwości reprezentacji Wnioskodawcy przez osoby wskazane we wniosku, obrona lub dochodzenie roszczeń.
4. Dane mogą zostać udostępnione podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, podwykonawcom na podstawie zawartych umów (świadczącym wsparcie w zakresie systemów informatycznych, ochrony danych osobowych).
5. Dane osobowe będą przechowywane w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną Powiatowego Urzędu Pracy w Mońkach.
6. Dane osobowe:
 - a) osoby upoważnionej do reprezentowania organizatora stażu (imię, nazwisko, stanowisko),
 - b) osoby wyznaczonej do kontaktu z Administratorem (imię, nazwisko, numer telefonu, adres e-mail),
 - c) opiekuna osoby bezrobotnej (imię, nazwisko, stanowisko, numer telefonu, miejsce pracy)Dodatkowo w przypadku stażu zakończonego potwierdzeniem nabycia wiedzy lub umiejętności przeprowadzonym przez uprawnioną instytucję Administrator pozyska dodatkowe dane dotyczące opiekuna stażysty w postaci: zawodu którego instruktorem praktycznej nauki zawodu jest opiekun, poziomu i rodzaju wykształcenia, stażu pracy w zawodzie którego będzie nauczać.
pozyskane zostały od Wnioskodawcy.
7. Posiada Pani/Pan prawo do:
 - a) dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
 - b) sprostowania Pani/Pana danych osobowych;
 - c) żądania od Administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
 - d) prawo do usunięcia danych osobowych;
 - e) prawo do przenoszenia danych osobowych;
 - f) prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych;
 - g) prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
8. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Niepodanie danych uniemożliwi realizację celu, o którym mowa w pkt. 3.
9. Dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej.
10. Pana(i) dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

Zobowiązuje się do przekazania powyższej informacji dotyczącej przetwarzania danych osobowych osobom, których dane zostały przekazane we wniosku oraz załącznikach do wniosku.

Zapoznałam(em) się z niniejszą informacją:

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis organizatora stażu)