

.....
/pieczęć Organizatora/

**Starosta Krośnieński
za pośrednictwem
Powiatowego Urzędu Pracy
w Krośnie Odrzańskim**

W N I O S E K

o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu dla osoby niepełnosprawnej

Zgodnie z art. 11 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 27.08.1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. nr 123 poz 76 z późn. zm) oraz art. 53 ust. 1, 1 a, 2 i 8 oraz 61a ust.1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2008r. nr 69, poz. 415 z późn. zm.) oraz rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz.U. nr 142, poz. 1160) występuję o zorganizowanie stażu dla osoby niepełnosprawnej zarejestrowanej w Powiatowym Urzędzie Pracy w Krośnie Odrzańskim.

I. Dane organizatora stażu:

1. Pełna nazwa organizatora lub imię i nazwisko właściciela :

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

2. Adres siedziby:

Telefon fakse-mail

3. Adres miejsca prowadzenia działalności:.....

Telefon..... faks.....e-mail.....

4. Osoba upoważniona do reprezentowania organizatora:

imię i nazwisko:

stanowisko służbowe:tel.

5. Rodzaj prowadzonej działalności:

.....

REGON NIP

PKD 2004 PKD 2007.....

6. Forma prawna organizatora:.....

/przedsiębiorstwo państwowe, spółdzielnia, spółka akcyjna, spółka z o.o., spółka cywilna, osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, jednostka budżetowa itp./

7. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności:

8. Liczba osób zatrudnionych w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy w dniu składania wniosku:

II. Dane dotyczące warunków odbywania stażu:

1. Miejsce odbywania stażu
2. Liczba przewidywanych miejsc pracy, na których osoby niepełnosprawne będą odbywać staż^❶:
.....
3. Proponowany okres odbywania stażu (min. 3 miesiące):
od dnia do dnia
4. Dane opiekuna osoby niepełnosprawnej odbywającej staż^❷:
Imię i nazwisko.....
Stanowisko.....
5. Opis zadań , jakie będą wykonywane podczas stażu przez osobę niepełnosprawną:

Nazwa zawodu lub specjalności (zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy)	Nazwa komórki organizacyjnej	Nazwa stanowiska pracy	Zakres zadań zawodowych	Liczba miejsc pracy

6. Wymagania dotyczące predyspozycji:

Nazwa stanowiska pracy	Poziom wykształcenia	Predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne bezrobotnego

7. Ewentualna propozycja pracodawcy dotycząca wskazania osoby niepełnosprawnej, którą przyjmuje na staż^❸:

Lp.	Imię i nazwisko
1.	
2.	
3.	

8. Ze względu na charakter pracy ww. zawodzie wnioskuję o wyrażenie zgody na realizację stażu w porze nocnej / w systemie zmianowym :

TAK / NIE

9. Po zakończeniu stażu zatrudnię osobę niepełnosprawną, na czas nieokreślony/ określony* w pełnym wymiarze czasu pracy/ w niepełnym wymiarze czasu pracy* .

III. Oświadczenie pracodawcy:

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych oświadczeń (art. 233 §1 i §2 k.k.) oświadczam że:

- a) nie toczy się w stosunku do jednostki, którą reprezentuję, postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o jej likwidację.
- b) na bieżąco reguluję zobowiązania wobec Urzędu Skarbowego i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

.....
/ podpis i pieczęć organizatora/

❶ U organizatora stażu, który jest pracodawcą, staż mogą odbywać jednocześnie stażyści w liczbie nieprzekraczającej liczby pracowników zatrudnionych u organizatora w dniu składania wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy.

U organizatora stażu, który nie jest pracodawcą, staż może odbywać jednocześnie jeden stażysta.

❷ Opiekun stażysty odbywającego staż może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż 3 osobami.

❸ Stażysta 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.

* niepotrzebne skreślić

Załączniki: (nie dotyczy administracji publicznej)

1. Kopie dokumentów poświadczające formę prawną pracodawcy - wpis do ewidencji działalności gospodarczej lub rejestru sądowego.
2. kopię REGON
3. kopię NIP

Wszystkie kserokopie dokumentów muszą być poświadczone za zgodność z oryginałem

Urząd zastrzega sobie prawo wprowadzenia zmian w programie stażu opracowanym przez Organizatora !

Uwaga: rozpatrywane będą tylko wnioski wypełnione według niniejszego wzoru i z kompletem załączników!

5. Rodzaj uzyskanych kwalifikacji lub umiejętności

.....

.....

.....

.....

.....

6. Sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:

.....

.....

.....

Strony zgodnie oświadczają, że realizacja ww. programu stażu, umożliwi osobie niepełnosprawnej 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.

Organizator zobowiązuje się do zapoznania z programem osoby niepełnosprawnej, dla której będzie zorganizowany staż.

.....
/podpis i pieczęć Organizatora/

.....
/podpis i pieczęć Starosty lub osoby działającej w imieniu Starosty/

Przy ustalaniu programu powinny być uwzględnione predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne, poziom wykształcenia oraz dotychczasowe kwalifikacje zawodowe osoby niepełnosprawnej.