(pieczęć firmowa)

Pieczęć pracodawcy

 ……………………………………

 Miejscowość, data

Krajowe Stowarzyszenie

 Wspierania Przedsiębiorczości

 ul. Stanisława Staszica 2A

 26-200 Końskie

**WNIOSEK PRACODAWCY**

**o zawarcie umowy o organizację stażu**

**Dane dotyczące pracodawcy:**

1. Pełna nazwa pracodawcy: …………………………………………………………………………………………………………………

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

* Adres:…………………………………………………………………………………………………………………….………………….
* Telefon:…………………………………………… fax:………………………………………………………………………………….
* e-mail:.........................................................................................................................................................................................
* Osoba do kontaktu……………………………………………………………………………………………………….........................
1. Imiona i nazwiska oraz stanowiska służbowe osób upoważnionych do podpisania umowy………………………………………..

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

1. Rodzaj działalności………………………………………………………………………………………………..……………………..…

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

* Data rozpoczęcia działalności……………………………………………………………………………………………………….……
* NIP…………………………………… Regon…………………….……………. PKD………………………….……………………..…
1. Liczba zatrudnionych pracowników w chwili obecnej u pracodawcy w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy
(nie wlicza się stażystów, pracowników młodocianych, osób przebywających na urlopach wychowawczych
i bezpłatnych) ………………………
2. Liczba przewidywanych miejsc pracy, na których będą odbywane staże ………………………………………….……….……….
3. Wnioskuję o skierowanie do odbycia stażu Panią/a………………………………………………...................................................

 na okres 3 miesięcy na stanowisku:……………………………………………………………………………………………………...

**Dane dotyczące organizacji odbywania stażu:**

* 1. Miejsce odbywania stażu:…………………………………………………………………………………………………….……..

**Dane dotyczące opiekuna stażysty[[1]](#footnote-1):**

1. Imię i nazwisko:………………………………………………………………………………………………………………..……...
2. Stanowisko:………………………………………………………………………………………………..………………….……....
3. Wykształcenie:…………………………………………………………………………………………….…………..………………

**Pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niegodnych z prawdą**

**Oświadczam, że:**

* Wszystkie dane i informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.
* Nie toczy się w stosunku do w/w firmy/przedsiębiorstwa/ jednostki budżetowej i samorządowej postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.
* Nie posiadamy zadłużeń w Urzędzie Skarbowym z tytułu zobowiązań podatkowych.
* Nie posiadamy zadłużeń w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych z tytułu opłat.

…………………………………………..

 Podpis i pieczęć pracodawcy

**Załączniki, które należy dołączyć do wniosku:**

1. Program stażu.

2. Kserokopia dokumentu rejestracyjnego firmy[[2]](#footnote-2)\* (*wpis do ewidencji działalności gospodarczej, odpis z KRS)*

**Pouczenie**

1. Czas pracy odbywającego staż nie może przekraczać 8 godzin dziennie t.j. 40 godzin tygodniowo, a stażysty będącą osobą niepełnosprawną zaliczoną do umiarkowanego stopnia niepełnosprawności 7 godzin dziennie t.j. 35 godzin tygodniowo. Stażysta nie może odbywać stażu w niedziele i święta, w porze nocnej, w systemie zmianowym ani w godzinach nadliczbowych. KSWP może wyrazić zgodę na realizację stażu w niedziele i święta, w porze nocnej, w systemie pracy zmianowej, o ile charakter pracy w danym zawodzie wymaga takiego rozkładu czasu pracy.

2. Bezrobotny 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.

Załącznik nr 1 Program stażu

**PROGRAM STAŻU**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko Stażysty  |  |
| Nazwa Realizatora stażu |  |
| Miejsce odbywania stażu |  |

1. Okres realizacji stażu: od………..………. do ………………..
2. Liczba godzin do przepracowania przez stażystę:
* W ciągu miesiąca: \_\_\_\_\_\_\_
* Przez cały czas trwania programu: \_\_\_\_\_\_
1. Stanowisko w zakładzie pracy / Dział: ……………………………………………………………………………………………………

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

1. Cele edukacyjne:

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

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

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

1. Treści edukacyjne:

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

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

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

1. Zakres zadań wykonywanych przez stażystę w czasie odbywania stażu:

* Instruktaż wstępny, stanowiskowy.
* Zapoznanie z regulaminem organizacyjnym zakładu , regulaminem BHP i p. poż. oraz innymi przepisami wewnętrznymi.
* ……………………………………………………………………………………………………………………………………..……
* …………………………………………………………………………………………………………………..……....…….………..
* …………………………………………………………………………………………………………………..……..……………….
* ………………………………………..……………………………………………………………….………….…………………….
* ……………………………………….……………………………………………………………….….……………………….…….
* ………………………………………………………………………………………………………….……………………………….

 …………………………………

 pieczęć i podpis Realizatora Stażu

1. Funkcje opiekuna stażysty może pełnić wyłącznie osoba posiadająca co najmniej dwunastomiesięczne doświadczenie w branży / dziedzinie, w jakiej realizowany jest staż (spełnienie tego wymogu musi być odpowiednio udokumentowane: w przypadku właściciela CEIDG, świadectwa pracy, umowy, zaświadczenie od pracodawcy). [↑](#footnote-ref-1)
2. Nie dotyczy jednostek samorządowych i budżetowych [↑](#footnote-ref-2)