



Załącznik nr 1 do Regulaminu organizacji Staży zawodowych

.....
(Pieczęć firmowa wnioskującego Pracodawcy)

....., dnia
(Miejscowość)

**Lubelska Szkoła Biznesu Sp. z o.o.
Fundacji Rozwoju KUL
ul. Konstantynów 1H, 20-708 Lublin**

WNIOSEK O ZORGANIZOWANIE STAŻU

na okres miesięcy dla Uczestnika/Uczestników

projektu „Akcja Rewitalizacja” nr FELU.08.01- IP.02-0160/23, Program Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027, Priorytet VIII Zwiększenie spójności społecznej, Działanie 08.01 Aktywizacja społeczna i zawodowa

I. Wnioskodawca - Pracodawca

- Nazwa Wnioskodawcy – Pracodawcy:

.....
.....

- Imię i nazwisko osoby reprezentującej Wnioskodawcę - Pracodawcę:

.....

- NIP: REGON: PKD:

- Data rozpoczęcia działalności:

- Adres siedziby firmy:

.....

- tel., e-mail



- Imię, nazwisko oraz numer telefonu osoby upoważnionej do kontaktu z projektodawcą:
.....
- Forma prawna Wnioskodawcy – Pracodawcy (np. jednoosobowa działalność gospodarcza, sp. z o.o., spółka cywilna, itp.):
.....
- Rodzaj działalności (np. sklep odzieżowy, sklep spożywczy, urząd, gabinet kosmetyczny, zakład kosmetyczny, firma usługowa, fabryka produkcyjna, firma transportowa, itp.):
.....
- Stan zatrudnienia na dzień złożenia wniosku:
 - liczba zatrudnionych pracowników na pełny wymiar czasu pracy:
 - liczba osób odbywających staż:

Uwaga!

U Wnioskodawcy-Pracodawcy Staż mogą odbywać jednocześnie bezrobotni/i lub nieaktywni zawodowo w liczbie nieprzekraczającej liczby pracowników zatrudnionych u Wnioskodawcy-Pracodawcy w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na dzień złożenia wniosku o zorganizowanie stażu.

Wymiar czasu pracy osoby odbywającej staż:

- dzienny:
- tygodniowy:

Z uwagi na charakter pracy w zawodzie: **wnioskuje/ nie wnioskuje¹** o wyrażenie zgody na realizację stażu:

w niedzielę i święta	☐ Tak	☐ Nie
w porze nocnej	☐ Tak	☐ Nie
w systemie pracy zmianowej	☐ Tak	☐ Nie

Uzasadnienie:

.....
.....

¹ Niepotrzebne skreślić



II. Dane dotyczące miejsc stażu:

Lp.	Nazwa stanowiska	Liczba miejsc stażu	Wymagania dotyczące predyspozycji psychofizycznych	Zawód, poziom wykształcenia, minimalne - niezbędne kwalifikacje do podjęcia stażu	Miejsce odbywania stażu (dokładny adres)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					



Po zakończeniu programu **zobowiązuję się/nie zobowiązuję się**² do zatrudnienia osoby/osób, która/e ukończyła/y odbywanie stażu (liczba osób:) na podstawie:

Umowy o pracę ¹	☐ Tak	☐ Nie	w wymiarze czasu pracy:
Umowy cywilnoprawnej	☐ Tak	☐ Nie	w wymiarze czasu pracy:

Uwaga!

Jeżeli Wnioskodawca-Pracodawca posiada kandydata/ów³ na staż proszę o podanie jego/ich danych personalnych (imię, nazwisko, pesel):

.....

.....

.....

Ja Wnioskodawca-Pracodawca, niżej podpisany oświadczam, że:

W dniu złożenia wniosku:

1. **toczy/ nie toczy** się postępowanie upadłościowe,
2. **został/ nie został** ogłoszony wniosek o likwidację,
3. **zalegam/ nie zalegam** z opłacaniem w terminie składek na ZUS, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych,
4. **posiadam/ nie posiadam** zaległości podatkowych,
5. **jestem/ nie jestem** w bliskim stopniu pokrewieństwa (współmałżonek, dziecko, rodzice) z kandydatem proponowanym do odbycia stażu.
6. **prowadzę/ nie prowadzę** w ramach swojej działalności sprzedaży internetowej lub innej działalności gospodarczej, gdzie miejscem odbywania stażu będzie adres zamieszkania Wnioskodawcy-Pracodawcy, bez wydzielonego i przystosowanego odpowiednio miejsca do wykonywania pracy na danym stanowisku.
7. **prowadzę/ nie prowadzę** w ramach swojej działalności nie prowadzi handlu obwoźnego lub handlu na bazarach i targowiskach.
8. **wnioskuję/ nie wnioskuję** o zorganizowanie stażu dla osób w liczbie przekraczającej liczbę zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy

² Niepotrzebne skreślić

³ Uczestnik projektu nie może odbywać ponownie stażu u tego samego Wnioskodawcy-Pracodawcy na tym samym stanowisku pracy, na którym wcześniej odbywał staż.



Wiarygodność informacji podanych we wniosku i załączonych do niego dokumentach stwierdzam własnoręcznym podpisem.

Pouczony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego jednocześnie oświadczam pod rygorem wypowiedzenia umowy na staż, że informacje zawarte we wniosku i załączonych do niego dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

Potwierdzam zapoznanie się z zasadami organizowania i odbywania stażu opisanymi w Regulaminie organizacji staży zawodowych projektu „Akcja Rewitalizacja” nr FELU.08.01- IP.02-0160/23.

Załączniki:

1. Dokument stanowiący podstawę prawną funkcjonowania Wnioskodawcy-Pracodawcy potwierdzony za zgodność z oryginałem (np. wydruk CEiDG, statut, KRS, w przypadku Wnioskodawcy-Pracodawcy działającego w formie spółki cywilnej należy dołączyć umowę spółki cywilnej).
2. Dokument zaświadczający o nazwie Wnioskodawcy - Pracodawcy, adresie wykonywania działalności, numerze identyfikacyjnym NIP, REGON potwierdzony za zgodność z oryginałem (jeśli Wnioskodawca-Pracodawca przedstawił wydruk CEiDG, jako podstawę prawną - nie dotyczy)
3. Program stażu - załącznik nr 1 do wniosku.
4. Upoważnienie do działania w imieniu Wnioskodawcy-Pracodawcy (pełnomocnictwo) – jeśli dotyczy.

.....
(Podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby upoważnionej do
działania w imieniu Pracodawcy)



Załącznik nr 2 do Regulaminu organizacji staży zawodowych

PROGRAM STAŻU – OPIS ZADAŃ WYKONYWANYCH PODCZAS STAŻU

„Akcja Rewitalizacja” FELU.08.01-IP.02-0160/23

(Należy sporządzić odrębnie dla każdego stanowiska pracy)

1. Nazwa Wnioskodawcy- Pracodawcy (nazwa firmy, NIP, adres itp.)		
2. Imię i nazwisko oraz pesel Uczestnika projektu ⁴		
3. Nazwa zawodu zg. z klasyfikacją zawodów i specjalności		
4. Nazwa stanowiska		
5. Proponowany okres stażu	Od	Do
6. Miejsce odbywania stażu – dokładny adres		
7. Godziny pracy		
8. Wymiar czasu pracy	Dzienny:h	Tygodniowy:h
9. Zakres wykonywanych		

⁴ Wypełnić w przypadku, kiedy Wnioskodawca-Pracodawca posiada Kandydata na staż



zadań podczas Stażu	
10. Rodzaj kwalifikacji i/lub umiejętności zawodowych do pozyskania w procesie Stażu	
11. Cele edukacyjno-zawodowe Stażu, treści edukacyjne:	
12. Opiekun Uczestnika projektu	Imię i nazwisko:



odbywającego Staż	Stanowisko:
	Wykształcenie:
	Staż pracy na stanowisku: *
	Doświadczenie w danej branży/dziedzinie: *

Uwaga!

Opiekun uczestnika projektu odbywającego Staż może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż 3 osobami odbywającymi Staż.

....., dnia

(Miejscowość, data)

.....

(Podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby upoważnionej do
działania w imieniu pracodawcy)

WYPEŁNIA BENEFICJENT (Lubelska Szkoła Biznesu Sp. z o.o. Fundacji Rozwoju KUL):

Wyrażam/nie wyrażam zgodę/y na zawarcie umowy trójstronnej o zorganizowanie Stażu dla Pani/Pana¹

..... Uczestniczki/ka¹ projektu na okres miesięcy

w terminie od do

....., dnia

(Miejscowość)

.....

(Podpis i pieczęć Beneficjenta lub osoby
upoważnionej do działania w imieniu Beneficjenta)

**Wyrazić w miesiącach lub latach*