# *Załącznik nr 1 do Regulaminu organizacji staży zawodowych*

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………… | …………….……..….., dnia …………………… |
| (Pieczęć firmowa wnioskującego Pracodawcy) | (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 „Wykwalifikowani-Zaktywizowani!**” POWR.01.02.01-12-0116/19** współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Priorytet I Osoby młode na rynku pracy, Działanie 1.2 Wsparcie osób młodych pozostających bez pracy na regionalnym rynku pracy, Poddziałanie 1.2.1 Wsparcie udzielane z Europejskiego Funduszu Społecznego

**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: ……………………………………………………………... **wnioskuję/ nie wnioskuję[[1]](#footnote-1)** o wyrażenie zgody na realizację stażu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| w niedzielę i święta | Tak | Nie |
| w porze nocnej | Tak | Nie |
| w systemie pracy zmianowej | Tak | Nie |

Uzasadnienie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**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 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| umowy o pracę1 | Tak | Nie | w wymiarze czasu pracy: ….……………………...… |

**Uwaga!**

**Jeżeli Wnioskodawca-Pracodawca posiada kandydata/ów[[3]](#footnote-3) 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

**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 „Wykwalifikowani-Zaktywizowani!” POWR 01.02.01-12-0116/19.**

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**

**„Wykwalifikowani-Zaktywizowani!” POWR.01.02.01-12-0116/19**

(Należy sporządzić odrębnie dla każdego stanowiska pracy)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Nazwa Wnioskodawcy-Pracodawcy (nazwa firmy, NIP, adres itp.) |  | | |
| 1. Imię i nazwisko oraz pesel Uczestnika projektu[[4]](#footnote-4) |  | | |
| 1. Nazwa zawodu zg. z klasyfikacją zawodów i specjalności |  | | |
| 1. Nazwa stanowiska |  | | |
| 1. Proponowany okres stażu | Od ……………………….. | Do ……………………… | |
| 1. Miejsce odbywania stażu – dokładny adres |  | | |
| 1. Godziny pracy |  | | |
| 1. Wymiar czasu pracy | Dzienny: ………………….h | | Tygodniowy: …………………..h |
| 1. Zakres wykonywanych zadań podczas stażu | ………………….………………….………………….………………………………………………………………...  ………………….………………….………………….………………………………………………………………...  ………………….………………….………………….………………………………………………………………...  ………………….………………….………………….………………………………………………………………...  ………………….………………….………………….………………………………………………………………...  ………………….………………….………………….………………………………………………………………..  ………………….………………….………………….………………………………………………………………...  ………………….………………….………………….………………………………………………………………...  ………………….………………….………………….………………………………………………………………...  ………………….………………….………………….………………………………………………………………...  .………………….………………….………………….………………………………………………………………...  ………………….………………….………………….………………………………………………………………... | | |
| 1. Rodzaj kwalifikacji i/lub umiejętności zawodowych do pozyskania w procesie stażu | ………………….………………….………………….………………………………………………………………...  ………………….………………….………………….………………………………………………………………....  ………………….………………….………………….………………………………………………………………...  ………………….………………….………………….………………………………………………………………...  ………………….………………….………………….………………………………………………………………...  ………………….………………….………………….………………………………………………………………...  ………………….………………….………………….………………………………………………………………...  ………………….………………….………………….………………………………………………………………... | | |
| 1. Cele edukacyjno-zawodowe stażu, treści edukacyjne: | ………………….………………….………………….………………………………………………………………...  ………………….………………….………………….………………………………………………………………...  ………………….………………….………………….………………………………………………………………...  ………………….………………….………………….………………………………………………………………...  ………………….………………….………………….………………………………………………………………...  ………………….………………….………………….………………………………………………………………... | | |
| 1. Opiekun uczestnika projektu odbywającego staż | Imię i nazwisko:  ………………………………………………………………………………….. | | |
| 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:**

**Wyrażam/nie wyrażam zgodę/y na zawarcie umowy trójstronnej o zorganizowanie stażu dla Pani/Pana1 ……………………………………………………………………….........…… Uczestniczki/ka1 projektu na okres 3 miesięcy w terminie od ………………………… do …………….……………**

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………….., dnia …………………….. | ………………………………………………….………………………………. |
| (Miejscowość) | (Podpis i pieczęć Beneficjenta lub osoby upoważnionej do działania w imieniu Beneficjenta) |

*\*Wyrazić w miesiącach lub latach*

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)
3. Uczestnik projektu nie może odbywać ponownie stażu u tego samego Wnioskodawcy-Pracodawcy na tym samym stanowisku pracy, na którym wcześniej odbywał staż. [↑](#footnote-ref-3)
4. Wypełnić w przypadku, kiedy Wnioskodawca-Pracodawca posiada Kandydata na staż [↑](#footnote-ref-4)