



Potwierdzenie wpływu do urzędu

.....
/miejscowość, data/

DANE ORGANIZATORA STAŻU (uzupełnia wnioskodawca)

1. Pełna nazwa Organizatora :.....
.....
2. Adres siedziby Organizatora:
.....
3. +48
nr telefonu e-mail adres do e-Doręczeń

Uwaga!

Wniosek złożony na niewłaściwym formularzu, wypełniony nieczytelnie lub niepoprawnie, podpisany przez nieupoważnioną osobę, nie zawierający pełnych informacji oraz bez kompletu załączników **NIE BĘDZIE ROZPATRYWANY**

W przypadku negatywnego rozpatrzenia wniosku Organizatorowi **nie przysługuje odwołanie.**

Wniosek należy złożyć w pok. 15 w tut. urzędzie lub wysłać na adres: Powiatowy Urząd Pracy w Nowym Dworze Gdańskim, ul. Morska 1, 82-100 Nowy Dwór Gdański. Telefon: (55) 246-95-19 - staże lub (55) 246-95-00 - sekretariat

**Powiatowy Urząd Pracy
w Nowym Dworze Gdańskim**

WNIOSEK

o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu dla osoby/osób bezrobotnej/bezrobotnych

Na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia oraz w Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych.

Uwaga!

U organizatora stażu, będącego pracodawcą staż mogą odbywać bezrobotni w liczbie nieprzekraczającej liczby pracowników zatrudnionych u tego organizatora w dniu składania wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy.

U organizatora stażu, który nie jest pracodawcą albo w dniu składania wniosku zatrudnia pracownika lub pracowników w łącznym wymiarze nieprzekraczającym jednego etatu, staż może odbywać jeden bezrobotny.

I. Dane Organizatora oraz informacje dotyczące wnioskowanego stażu:

- 1.1 Pełna nazwa (zgodnie z danymi rejestrowymi):
.....
- 1.2 Adres siedziby:
.....
- 1.3 Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż siedziby firmy):
.....
- 1.4 NIP - - -
- 1.5 REGON PKD .



- 1.6 Forma prawna Organizatora:
(przedsiębiorstwo państwowe, spółdzielnia, spółka akcyjna, spółka Z o.o., spółka cywilna, osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, in.)
- 1.7 Rodzaj działalności:
- 1.8 Data rozpoczęcia działalności:
- 1.9 Nazwisko, imię i stanowisko służbowe osoby, która jest upoważniona do reprezentowania organizatora stażu i podpisania umowy o zorganizowanie stażu *(zgodnie ze wskazaniem we właściwych dokumentach, np. odpis KRS, umowa spółki cywilnej):*

- 1.10 Liczba pracowników zatrudnionych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy
- 1.11 Dane dotyczące stanowisk służbowych, na które osoby bezrobotne będą kierowane do odbycia stażu:

Lp.	Nazwa zawodu i kod zawodu (zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności ¹)	Ilość miejsc stażu	Pożądane kwalifikacje, poziom wykształcenia, predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne
1.			
2.			

1.12 Wnioskowany staż będzie realizowany w formie:

☐ stacjonarnej ☐ hybrydowej (stacjonarnie i zdalnie) ☐ zdalnej*

* z zachowaniem przepisów art. 67¹⁸, art. 67¹⁹ § 3–5, art. 67²⁴ § 1 pkt 1, 2 i 4, § 2–5, art. 67²⁵, art. 67²⁷, art. 67³¹ § 4, 7–9 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks Pracy.

1.13 Organizator dysponuje możliwościami organizacji pracy zdalnej/hybrydowej oraz posiada wypracowane procedury porozumiewania się za pomocą środków bezpośredniej komunikacji na odległość, a także posiada wypracowane procedury monitorowania realizacji zadań wynikających z programu stażu:

☐ tak ☐ planuje wdrożyć ☐ nie ☐ nie dotyczy

jeżeli „tak” lub „planuje” wdrożyć: proszę wskazać:

- możliwość organizacji pracy zdalnej/hybrydowej:

- procedury porozumiewania się na odległość:

- procedury monitorowania realizacji zadań wynikających z programu stażu:

¹ Rozporządzenie MPiPS z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy i zakresu jej stosowania (Dz. U. 2018 r., poz. 227 z późn. zm.)

1.14 Miejsce odbywania stażu (dokładny adres):.....

1.15 Dane dotyczące opiekuna stażu (drukowanymi literami):

Imię i nazwisko

Zajmowane stanowisko

Organizator oświadcza, że w przypadku braku możliwości sprawowania opieki nad stażystą przez ww. opiekuna z powodu, np. przebywania na zwolnieniu lekarskim, urlopie macierzyńskim, wychowawczym, rodzicielskim, wyjeździe służbowym opieka zostanie powierzona:

Imię i nazwisko

Zajmowane stanowisko

Uwaga! *Opiekun bezrobotnego odbywającego staż może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż 3 osobami bezrobotnymi odbywającymi staż.*

II Dane dotyczące organizacji stażu:

2.1 Wnioskuję o zorganizowanie stażu na okres miesięcy (nie krótszy niż 3 miesiące)

od (miesiąc, rok) do (miesiąc, rok)

2.2 Godziny odbywania stażu od do

2.3 Czy staż będzie odbywać się:

- w niedziele i święta TAK/NIE*, (jeżeli TAK należy uzasadnić)

.....

- w systemie pracy zmianowej TAK/NIE*, (jeżeli TAK należy uzasadnić)

.....

- w porze nocnej TAK/NIE*, (jeżeli TAK należy uzasadnić)

.....

(*niepotrzebne skreślić)

Uwaga!

- 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.
- 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.
- Bezrobotny nie może odbywać stażu w niedziele i święta, w porze nocnej, w systemie pracy zmianowej ani w godzinach nadliczbowych - chyba, że Starosta wyrazi na to zgodę z uwagi na charakter pracy w zawodzie.

2.4 Zobowiązuje się po zakończeniu stażu do zatrudnienia (liczba osób)

bezrobotnego/ych na okres miesięcy na umowę o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy/ niepełnym wymiarze czasu pracy (niepotrzebne skreślić) - (napisać wymiar czasu pracy min. ½ etatu) i poinformowania o tym tut. urzędu, poprzez przedłożenie w ciągu 7 dni kopii dokumentu potwierdzającego zatrudnienie. Powyższe zobowiązanie zostanie zamieszczone w umowie.

2.5 Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że w dniu złożenia wniosku zawarłem/nie zawarłem (niepotrzebne skreślić) umowę/y o odbywanie stażu z innymi urzędami.

2.6 Karta współpracy zakładu pracy z powiatowymi urzędami pracy w okresie ostatnich trzech lat

Forma wsparcia	Nr umowy	Termin umowy od - do	Liczba bezrobotnych		Uwagi
			W ramach umowy	zatrudnionych po umowie	

Uwaga ! W przypadku braku zawarcia umowy w danej formie – wpisać NIE KORZYSTAŁ

Jednocześnie jako Organizator stażu oświadczam, że:

1. *nie znajduje się* w stanie likwidacji lub upadłości;
2. *nie posiadam* zobowiązań wobec ZUS, Urzędu Skarbowego, KRUS;
3. *nie znajduje się* na liście osób i podmiotów zamieszczonych na stronie internetowej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, pod adresem <https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami>, objętych sankcjami na podstawie Ustawy z dnia 13.04.2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego oraz *nie znajduje 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;
4. *zobowiązuję się do:*
 - skierowania wybranego kandydata przed rozpoczęciem stażu do lekarza medycyny pracy na badania lekarskie we wskazanym we wniosku zawodzie zgodnym z klasyfikacją zawodów i specjalności oraz pokrycia ich kosztów,
 - zorganizowania i pokrycia kosztów szkolenia BHP i P.POŻ., skierowanej osoby bezrobotnej;
5. opiekun stażysty został zapoznany z treścią niniejszego wniosku oraz zasadami organizacji stażu;
6. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych zgodnie z *KLAUZULĄ INFORMACYJNĄ RODO* dostępną w siedzibie PUP i na stronie internetowej <https://ndg.praca.gov.pl/urzad/ochrona-danych-osobowych>, w celu realizacji wniosku o zorganizowanie stażu oraz zawarcia umowy o zorganizowanie stażu.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

.....
/ miejscowość, data /

.....
podpis i imienna pieczęć
organizatora stażu²

² W przypadku, gdy organizator nie posiada wyrobionej pieczęćki firmowej należy wpisać „Nie posiadam pieczęćki firmowej” i złożyć czytelny podpis. Jeżeli nie posiada się pieczęćki imiennej należy złożyć czytelny podpis. W przypadku upoważnienia innej osoby do reprezentowania Organizatora przed Powiatowy Urzędem Pracy w sprawach związanych z realizacją stażu konieczne jest przedłożenie dokumentu pełnomocnictwa poświadczanego notarialnie.

Obowiązujące do wniosku załączniki:

1. Program stażu bezrobotnego (Zał. nr 1).

Jeżeli dotyczy:

2. Umowa spółki cywilnej,
3. Zaświadczenie potwierdzające prowadzenie osobiście i na własny rachunek gospodarstwa rolnego obejmującego obszar użytków rolnych o powierzchni przekraczającej 2 ha przeliczeniowe lub prowadzenie działu specjalnego produkcji rolnej (w przypadku pełnoletniej osoby fizycznej, zamieszkującej i prowadzącej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, osobiście i na własny rachunek, działalność w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej, w tym ogrodniczej, sadowniczej, pszczelarskiej i rybnej, w pozostającym w jej posiadaniu gospodarstwie rolnym obejmującym obszar użytków rolnych o powierzchni przekraczającej 2 ha przeliczeniowe lub prowadzącej dział specjalny produkcji rolnej),
4. Dokument (akt własności, umowa najmu/użyczenia lokalu) potwierdzający prowadzenie działalności we wskazanym miejscu odbywania stażu (dotyczy przypadku, kiedy miejsce odbywania stażu nie jest w siedzibie firmy, a adres ten nie widnieje w żadnym z powyższych załączników).

Wszystkie kopie dokumentów powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem

-
- Złożony wniosek nie podlega zwrotowi
 - *Priorytetowo będą rozpatrywane wnioski zawierające zobowiązanie zatrudnienia powyżej 6 miesięcy na cały etat.*
 - *Sam fakt złożenia wniosku nie gwarantuje zawarcia umowy o zorganizowanie stażu.*

Wypełnia PUP:

Dane Organizatora zweryfikowano w bazie CEIDG / KRS / REGON / RSIP

Oświadczenia Organizatora zweryfikowano:

- ZUS pozytywnie / negatywnie / nie dotyczy
- KAS pozytywnie / negatywnie / nie dotyczy
- KRUS pozytywnie / negatywnie / nie dotyczy
- LISTA SANKCYJNA pozytywnie / negatywnie / nie dotyczy

UWAGI

.....
.....

Nowy Dwór Gd., dniar.

.....
Podpis i pieczęć pracownika PUP

Decyzja Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy:

.....
.....

Nowy Dwór Gd., dniar.

.....
Podpis i pieczęć Dyrektora PUP

7. Rodzaj nabytych umiejętności zawodowych	
8. Imię i nazwisko opiekuna oraz zajmowane stanowisko	
9. Imię i nazwisko oraz zajmowane stanowisko	W razie nieobecności opiekuna nadzór nad odbywanie stażu będzie sprawował:

1. Sposobem potwierdzenia uzyskanych umiejętności będzie wydanie opinii przez organizatora po zakończeniu stażu. Opinia powinna zawierać informacje o zadaniach realizowanych przez bezrobotnych oraz o kwalifikacjach lub umiejętnościach zawodowych pozyskanych w trakcie odbywania stażu. Sprawozdanie bezrobotnego z przebiegu stażu.
2. Po zakończeniu stażu zobowiązuje się do zatrudnienia (liczba osób)
bezrobotnego/ych na okres miesięcy na umowę o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy/ niepełnym wymiarze czasu pracy (niepotrzebne skreślić)- (napisać wymiar czasu pracy min. ½ etatu) i poinformowania o tym tut. urzędu, poprzez przedłożenie w ciągu 7 dni kopii dokumentu potwierdzającego zatrudnienie. Powyższe zobowiązanie zostanie zamieszczone w umowie.
3. Godziny odbywania stażu od do
Uwaga!
 - 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.
 - 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.
 - Bezrobotny nie może odbywać stażu w niedziele i święta, w porze nocnej, w systemie pracy zmianowej ani w godzinach nadliczbowych - chyba, że Starosta wyrazi na to zgodę z uwagi na charakter pracy w zawodzie.
4. Wskazany opiekun posiada wiedzę i umiejętności w zakresie zadań wyszczególnionych w programie stażu:
☐ tak ☐ nie
5. Staż będzie zakończony potwierdzeniem nabycia wiedzy i umiejętności przeprowadzanym przez uprawnioną instytucję egzaminem zawodowym lub czeladniczym:
☐ tak ☐ nie

6. Jeśli „TAK” to czy opiekun stażu posiada kwalifikacje instruktora praktycznej nauki zawodu?

☐

tak

☐

nie

Strony zgodnie oświadczają, że zrealizowanie w/w programu stażu, umożliwi osobie bezrobotnej samodzielne wykonywanie prac na danym stanowisku lub w zawodzie.

Zmiana programu stażu może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej, w postaci aneksu do umowy.

.....
(podpis i pieczęć organizatora)

.....
(podpis i pieczęć Dyrektora PUP)

ZGŁOSZENIE OFERTY STAŻU

WnStaz/25/0.....

Staż
kod programu

okres od-.....-2025 do-.....-2025

I. Informacje dotyczące organizatora stażu			
1. Nazwa pracodawcy krajowego		2. Adres siedziby organizatora stażu kod pocztowy - ulica miejscowość nr telefonu fax e-mail strona internetowa	
3. Imię i nazwisko pracodawcy lub osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktów w sprawie oferty stażu			
4. Oznaczenie formy prawnej prywatna/publiczna/inna	5. Numer statystyczny pracodawcy (REGON)	6. NIP	
7. Podstawowy rodzaj działalności wg PKD		8. Liczba zatrudnionych pracowników	
II. Informacje dotyczące zgłoszonego miejsca stażu			
9. Nazwa zawodu	10. Nazwa stanowiska	11. Liczba wolnych miejsc pracy w tym liczba osób niepełnosprawnych	
12. Kod zawodu wg KZ i S	13. Wymiar czasu pracy pół etatu / ¾ etatu / pełny etat*	14. Wnioskowana liczba kandydatów	
17. Adres miejsca odbywania stażu pracy stacjonarnie: zdalnie: w terenie (wskazać obszar):	18. Praca zdalna*/ hybrydowa* tak* / nie*	15. Rodzaj umowy 1) umowa na czas nieokreślony 2) umowa na czas określony 3) umowa na okres próbny 4) umowa na zastępstwo 5) umowa zlecenie 6) umowa o dzieło 7) umowa o pracę tymczasową 8) inne (staż) ☐	16. Rozkład czasu pracy (pięć dni w tygodniu) Poniedziałek od do Wtorek od do Środa od do Czwartek od do Piątek od do
19. Oczekiwania pracodawcy wobec kandydatów do odbycia stażu: 1. Wykształcenie: 2. Umiejętności: 3. Uprawnienia: 4. Doświadczenie zawodowe: 5. Znajomość języków obcych (oraz poziom ich znajomości): 6. Zatrudnienie kandydatów z państw EOG: 7. Inne:		20. Ogólny zakres obowiązków: 21. Preferowana forma kontaktów z pracodawcą: 1) kontakt osobisty 2) kontakt telefoniczny 3) inna (np. CV + list motywacyjny)	
III. Adnotacje urzędu pracy			
21. Numer pracodawcy	22. Data przyjęcia zgłoszenia	23. Numer zgłoszenia	24. Weryfikacja aktualności oferty pracy 1. Co trzy dni 2. W trybie ustalonym z pracodawcą
25. Data anulowania/zrealizowania zgłoszenia	26. Numer pracownika urzędu pracy	27. Nr ewidencyjny zgłoszenia OfPr/25/..... StPr/25/.....	28. Sposób zgłoszenia oferty 1) osobiście 5) poczta 2) pisemnie 6) inne 3) faks 4) e-mail

*zaznaczyć właściwe

1. Oświadczenie pracodawcy:

- ✓ Zgodnie z art. 75 § 2 KPA, oświadczam, że w okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy zostałem/nie zostałem* prawomocnie ukarany za wykroczenie lub prawomocnie skazany za przestępstwo przeciwko przepisom prawa pracy albo jestem/nie jestem *objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy (art. 83 ust. 12 Ustawy).
- ✓ Pracodawca jest/nie jest* agencją zatrudnienia, zgłaszającą ofertę pracy tymczasowej.
- ✓ Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody* na upowszechnienie zgłoszenia krajowej oferty pracy w języku ukraińskim* w języku angielskim*.
- ✓ PUP w Nowym Dworze Gdańskim jest PUP wiodącym w zakresie realizacji oferty pracy TAK/NIE*
- ✓ Czy pracodawca wybiera dodatkowe PUP odpowiedzialne za realizację oferty pracy? TAK/NIE*
Jeśli zaznaczono **TAK**, należy podać do które:
- ✓ Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia PUP w przypadku utraty aktualności oferty.
- ✓ Pracodawca został poinformowany o możliwości zmiany ustaleń w przypadku wystąpienia trudności z realizacją oferty pracy. TAK/NIE*

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis i pieczęć pracodawcy
lub osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktu

REALIZACJA OFERTY STAŻU

Termin rozliczenia skierowania	Data przedłożenia oferty	Imię i nazwisko osoby proponowanej do pracy	OSOBA PROPONOWANA								WYNIKI SKIEROWANIA				Nie sta-wiła się do urzędu*)
			JEST BEZROBOTNA Z GRUPY					JEST POSZUKUJĄCA PRACY Z GRUPY			Zatrud-niona*)	NIE ZATRUDNIONA		nie sta-wiła się do pracy	
			absol-wenci*)	niepełno-sprawni*)	pozos-tali*)	pobiera zasiłek		absol-wenci*)	niepełno-sprawni*)	pozo-stali*)		tak*)	podać przyczynę		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

Uwagi: * niepotrzebne skreślić