

Warszawa, dnia \_ \_-\_ \_- 2019 r.

|  |
| --- |
| ………………………………... |
| pieczęć firmowa Organizatora |
|  |
| **OON.C.511.** \_\_ **.** \_\_ **. 2019** |
| Wypełnia Urząd Pracy m.st. Warszawy |

**PREZYDENT M.ST. WARSZAWY**

##### **za pośrednictwem**

##### **URZĘDU PRACY M.ST. WARSZAWY**

|  |  |
| --- | --- |
| ***W N I O S E K*** ***o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu dla osób niepełnosprawnych zarejestrowanych  w Urzędzie Pracy m. st. Warszawy jako osoby poszukujące pracy niepozostające w zatrudnieniu finansowanego  ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.*** |  |

Zgodnie z art. 11 ust. 1 i ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2019r. poz. 1172) w związku z art. 53 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2018r. poz. 1265 z późn. zm.)   
oraz rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych   
(Dz. U. nr 142, poz. 1160) występuję o zorganizowanie stażu dla osób niepełnosprawnych zarejestrowanych w Urzędzie Pracy m. st. Warszawy, jako poszukujący pracy niepozostający w zatrudnieniu.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***I. Organizator*** (należy podać pełną nazwę, adres i dane kontaktowe organizatora) | | | | | | |
| Pełna nazwa organizatora stażu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Adres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| Telefon: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ Fax.: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  REGON: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PKD(EKD): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NIP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| ***Osoba upoważniona do reprezentowania organizatora[[1]](#footnote-1)****:*  Imię i Nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Stanowisko służbowe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefon kontaktowy: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | | | | | | |
| ***Osoba wyznaczona do kontaktu z Urzędem Pracy:***  Imię i Nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Stanowisko służbowe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefon kontaktowy: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | | | | | | |
| **Forma prawna organizatora[[2]](#footnote-2):** | |  | |  | | |
| **□ spółka z o.o.;** | **□ sp. akcyjna;** | **□ sp. jawna;** | **□ sp. komandytowa;** | **□ spółka cywilna,** | | **□ inna** |
| **□ przedsiębiorstwo prywatne osoby fizycznej;** | **□ instytucja państwowa,** | **□ fundacja,** | **□ stowarzyszenie,** | **□ spółdzielnia** | |  |
| Rodzaj działalności: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| Data rozpoczęcia prowadzenia działalności: | | | | |  | |
| Liczba pracowników obecnie zatrudnionych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy: | | | | |  | |
| **Liczba osób odbywających staż u organizatora w dniu składnia wniosku:** \_\_\_\_**, w tym** \_\_\_\_ **osób skierowanych przez Urząd Pracy m.st. Warszawy** | | | | | | |

*II. Dane dotyczące stanowisk, na które osoby poszukujące pracy niepozostające w zatrudnieniu będą kierowane do odbycia stażu:*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa zawodu lub specjalności zgodnie  z klasyfikacją zawodów i specjalności (KZiS) dla potrzeb rynku pracy, nazwa komórki organizacyjnej i stanowiska pracy** | **Ilość**  **miejsc** | **Pożądane (minimalne) kwalifikacje  niezbędne do podjęcia stażu** | **Oczekiwane predyspozycje  psychofizyczne  i zdrowotne** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |

1. **Miejsce odbywania stażu (dokładny adres):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **Opiekun osoby/osób objętej/ych programem stażu:**

Imię i Nazwisko \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zajmowane stanowisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, telefon służbowy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Wnioskuję o skierowanie (liczba osób)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **poszukującej/ych pracy niepozostającej/ych w zatrudnieniu do odbycia stażu na okres od dnia** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **do dnia** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(nie krótszy niż 3 m-ce)**

**Po zakończeniu stażu rozważę możliwość zatrudnienia** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**osoby/osób poszukującej/ych pracy niepozostające/ych w zatrudnieniu, na czas nieokreślony/określony[[3]](#footnote-3) w pełnym wymiarze czasu pracy.**

1. **Kandydat do odbycia stażu:**

Imię i Nazwisko: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PESEL: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_  
adres zameldowania: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
tel. kontaktowy: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

|  |  |
| --- | --- |
| ***III. Dane dotyczące planowanego przyjęcia na staż osób poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu*** | **Prosimy zaznaczyć właściwe.** |
| **1.** Wnioskuję o zorganizowanie stażu na zasadach określonych w **art. 53 ust. 1** ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy dla osób niepełnosprawnych poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu na **okres od 3 do 6 miesięcy**. |  |
| **2.** Wnioskuję o zorganizowanie stażu na zasadach określonych w **art. 53 ust. 2** ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r.  o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy dla osób niepełnosprawnych poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu do **30 roku życia** na **okres od 3 do 12 miesięcy**. |  |

***IV. Dotychczasowa współpraca z Urzędem Pracy m. st. Warszawy w zakresie organizowania dla osób niepełnosprawnych zarejestrowanych, jako osoby bezrobotne lub poszukujące pracy niepozostające   
w zatrudnieniu subsydiowanego zatrudnienia, staży i przygotowania zawodowego w miejscu pracy w okresie ostatnich 3 lat przed dniem złożenia niniejszego wniosku.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Forma aktywizacji zawodowej**  (prace interwencyjne, roboty publiczne, staż, przygotowanie zawodowe dorosłych)  **NUMER UMOWY** | **Liczba osób przyjętych**  do firmy w ramach ww. formy aktywizacji zawodowej | **Liczba osób zatrudnionych** po zakończeniu subsydiowanego zatrudnienia, stażu lub przygotowania zawodowego | **Liczba osób, które są zatrudnione** do dnia dzisiejszego po zakończonym okresie subsydiowanego zatrudnienia, stażu, przygotowania zawodowego lub przygotowania zawodowego dorosłych. |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**V. Dodatkowe informacje**

1. Wniosek rozpatrzony pozytywnie nie podlega realizacji, jeżeli w ciągu 60 dni od daty jego oceny nie zostanie zawarta umowa między organizatorem stażu a Miastem st. Warszawa – Urzędem Pracy m.st. Warszawy[[4]](#footnote-4).
2. Wnioski przedsiębiorców, którzy nie zatrudniają pracowników na zasadach przewidzianych dla pracodawców mogą zostać pozytywnie rozpatrzone pod warunkiem rozważenia zatrudnienia osoby poszukującej pracy po zakończonym stażu.
3. U organizatora stażu, który jest pracodawcą, staż mogą odbywać jednocześnie osoby niepełnosprawne poszukujące pracy niepozostające w zatrudnieniu w liczbie nieprzekraczającej liczby pracowników zatrudnionych u organizatora w dniu składania wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy.
4. U organizatora stażu, który nie jest pracodawcą, staż może odbywać jednocześnie jedna osoba niepełnosprawna poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu.

|  |
| --- |
| …………………………….………... (podpis i pieczątka imienna organizatora) |
|  |

* 1. Załączniki obligatoryjne;
     1. dokumenty poświadczające formę prawną organizatora – Kopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (np. kserokopia umowy spółki w przypadku spółek prawa cywilnego wraz z ewentualnymi wprowadzonymi do niej zmianami lub statut w przypadku stowarzyszeń, fundacji czy spółdzielni lub inne dokumenty właściwe dla szkół, przedszkoli lub jednostek budżetowych;
     2. kopia dokumentu nadania numeru REGON ;
     3. kopia dokumentu nadania numeru NIP;
     4. kserokopia dokumentu potwierdzającego 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 dokumentów rejestrowych) – nie dotyczy administracji;
     5. uwierzytelniona kserokopia pełnomocnictwa do reprezentowania Organizatora. Pełnomocnictwo nie jest wymagane, jeżeli osoba podpisująca wniosek i umowę jest upoważniona z imienia i nazwiska do reprezentowania Organizatora w odnośnym dokumencie rejestracyjnym;
     6. W przypadku instytucji publicznych należy załączyć uwierzytelnioną kserokopię dokumentu powołującego osobę upoważnioną do występowania w imieniu Organizatora (również komornicy sądowi i notariusze powinni załączyć uwierzytelnioną kserokopię aktu powołania).
  2. Załączniki fakultatywne;
     1. oświadczenie o niezaleganiu z podatkami za ostatnie 3 miesiące od dnia złożenia wniosku;
     2. oświadczenie o niezaleganiu z opłatami składek do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych za ostatnie   
        3 miesiące od dnia złożenia wniosku;
     3. oświadczenie o niezaleganiu z opłatami składek na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, w przypadku zatrudniania mniej niż 6% osób niepełnosprawnych w przypadku zatrudniania powyżej 25 pracowników.

**Wszystkie kserokopie dokumentów muszą być poświadczone za zgodność z oryginałem przez pracodawcę.**

WNIOSKI NIEKOMPLETNE NIE BĘDĄ PODLEGAŁY OCENIE !!!

Warszawa, dnia \_ \_-\_ \_- 2019 r.

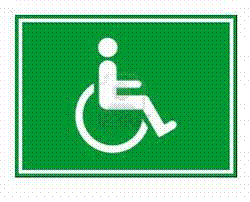
|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………  pieczęć firmowa organizatora |  |

***Oświadczenie obligatoryjne[[5]](#footnote-5)***

Oświadczam, że informacje podane we wniosku i dane zawarte w przedstawionych dokumentach nie uległy zmianie i są zgodne ze stanem faktycznym na dzień złożenia wniosku.   
Ponadto oświadczam, że nie zalegam z należnościami do Urzędu Skarbowego i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Świadoma/y jestem, że za złożenie oświadczenia niezgodnego z prawdą lub zatajenie   
w nim prawdy grozi kara pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8 na podstawie art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny.

|  |  |
| --- | --- |
|  | ……….……………………………  (podpis i pieczątka imienna organizatora) |



PROGRAM STAŻU Załącznik nr 1

**sporządzony w dniu … . … .2019 r. przez:**

**Organizatora:** ………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………..

Reprezentowanego przez: ……………………………………………………………………………………………………………………………………..…………..…..  
**Opiekun osób/osoby objętej/tych programem stażu: Imię i Nazwisko:** ………………………………………………………………………………… **zajmowane stanowisko:** …………………………………………….**, wykształcenie:** ……………………………**, Telefon:** ………….…………….……….…

Organizator proponuje niżej podany harmonogram praktycznego wykonywania przez osobę/y niepełnosprawną/e poszukującą/e pracy niepozostającą/e w zatrudnieniu czynności lub zadań w zawodzie lub specjalności, określonej zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy (proszę podać również nazwę komórki organizacyjnej i stanowiska pracy zgodnie z KZiS): ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **etapy realizacji zadań** | **zakres wykonywanych zadań** |
| **I ETAP** |  |
| **II ETAP** |  |
| **III ETAP** |  |

* Organizator oświadcza że staż **nie będzie / będzie** realizowany w systemie **pracy zmianowej/w porze nocne /  
  w niedzielę i święta.[[6]](#footnote-6)**
* Organizator oświadcza, że realizacja Programu stażu umożliwi osobie/om niepełnosprawnej/ym poszukującej/ym pracy niepozostającej/ym w zatrudnieniu samodzielne wykonywanie pracy na danym stanowisku lub w zawodzie po zakończeniu stażu. Kwalifikacje i umiejętności zawodowe możliwe do uzyskania podczas odbywania stażu:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Sposobem potwierdzenia nabytych kwalifikacji i umiejętności zawodowych będzie karta stażu i opinia organizatora. Zmiana programu stażu może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej, w postaci aneksu do umowy w sprawie odbywania stażu przez osobę niepełnosprawną zarejestrowaną w Urzędzie Pracy m.st. Warszawy jako osoba poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu.
* ***Organizator stażu zobowiązuje się przedstawić osobie skierowanej na staż Program stażu.   
  Osoba skierowana na staż zobowiązana jest pisemnie potwierdzić zapoznanie się z Programem stażu.***
* ***Organizator stażu zobowiązuje się wysłać drogą elektroniczną na adres e-mail*** [staze.oon@up.warszawa](mailto:staze.oon@up.warszawa) ***wypełniony Załącznik nr 1 tj. Program stażu, celem przygotowania umowy o zorganizowanie stażu.***

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
| ………………………………………………………. | …………………………………………………………. |
| (podpis pracownika Urzędu Pracy m.st. Warszawy) | (podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Organizatora stażu) |

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………  Pieczęć firmowa Organizatora stażu | **Załącznik nr 2** |

**LISTA OBECNOŚCI** **za miesiąc ………………………/2019 r.**

Pan(i) …………………………………odbywa staż na podstawie Umowy nr STN/……/2019

W terminie od ………………. do ………………….

|  |
| --- |
| **Oryginał listy obecności wraz z dokumentami potwierdzającymi usprawiedliwioną nieobecność należy dostarczyć do Urzędu Pracy w terminie obowiązkowej wizyty stażysty, w innym przypadku wypłata stypendium zostanie wstrzymana.** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dzień** | **Podpis stażysty** | **Dzień** | **Podpis stażysty** |
| **1** |  | **17** |  |
| **2** |  | **18** |  |
| **3** |  | **19** |  |
| **4** |  | **20** |  |
| **5** |  | **21** |  |
| **6** |  | **22** |  |
| **7** |  | **23** |  |
| **8** |  | **24** |  |
| **9** |  | **25** |  |
| **10** |  | **26** |  |
| **11** |  | **27** |  |
| **12** |  | **28** |  |
| **13** |  | **29** |  |
| **14** |  | **30** |  |
| **15** |  | **31** |  |
| **16** |  |  |  |

**Oznaczenia na liście obecności:**

**„W”** – dzień wolny na podstawie art. 53 ust. 7a (pracodawca jest zobowiązany udzielić 2 dni wolnych za każde 30 dni kalendarzowych przepracowanych na stażu).

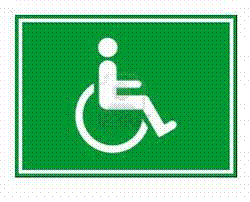
**„ZW”** – nieobecność udokumentowana dokumentem na okoliczność obowiązkowego stawiennictwa przed sądem lub organem administracji publicznej, który należy dołączyć do listy obecności.

**„CH”** – nieobecność z tytułu choroby udokumentowana zwolnieniem lekarskim **ZUS ZLA,** które należy dołączyć do listy obecności.

**„\_\_\_\_\_\_\_”** - soboty i niedziele lub inne święta

|  |  |
| --- | --- |
|  | ……………………………………………….  Podpis i imienna pieczątka osoby sprawującej nadzór nad stażystą |





**Załącznik nr 3**

**Warszawa, dnia** ……………….. r.

……………………………..

(pieczęć organizatora)

***Opinia z przebiegu stażu***

**Imię i nazwisko stażysty:** ………………………………………………………………………………………………………

**Data urodzenia stażysty:** ………………………………………………………………………………………………………

**Okres odbywania stażu:** ……………………………………………………………………………………………………….

**Stanowisko i miejsce odbywania stażu:** ………………………………………………………………….........................

………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Zadania realizowane przez stażystę oraz zdobyte umiejętności lub kwalifikacje:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Informacja dotycząca stanu realizacji programu stażu:** …………………………………………………………..........

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Ocena pracy stażysty:** ………………………………………………………………………………………………………....  
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………..………………………………

(podpis i pieczęć organizatora)

**Opinię otrzymałam(em) w dwóch egzemplarzach** ……………………………………………………………..

(data i podpis stażysty)



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………..  pieczęć Urzędu Pracy m.st. Warszawy | | **Załącznik nr 4**  Warszawa, dn. ……………………... |
|  |  |  |

**KARTA STAŻU[[7]](#footnote-7)**

Pan(i)………………………………………………………………………………………………………………..

(imię i nazwisko)

Adres……………………………………………………………………………………………………….……….

(kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

Data i miejsce urodzenia…………………………………………………………………………………..……..

Numer umowy z organizatorem stażu STN/…./2019 z dnia … - … - 2019 r.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Okres stażu** | | **Rodzaj odbywanych zajęć w okresie stażu** |
| Od | do |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

……………………. ………………………..

Data i podpis poszukującego pracy Podpis i imienna pieczątka opiekuna stażu

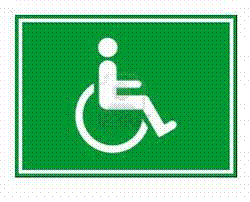
……………………….

Podpis i imienna pieczątka organizatora

…………………….. ……………………….

Data, podpis i imienna pieczątka Pieczątka firmowa organizatora

pracownika Urzędu przyjmującego Kartę stażu



**Załącznika nr 5**

Warszawa, dnia …………………… r.

……………………………………

(imię i nazwisko stażysty)

…………………………………..

(adres zamieszkania)

…………………………………..

…………………………………..

(telefon kontaktowy)

***Wniosek o udzielenie dni wolnych[[8]](#footnote-8)***

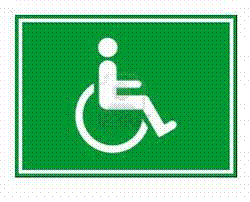
Na podstawie art. 53 ust 7a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz § 7 ust. 4 rozporządzania Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009 r.   
w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych, zwracam się z prośbą   
o udzielenie ……… dnia/dni wolnego/ych w terminie od ……………… r. do ……………… r.

………………………………………..

(podpis stażysty)

……………………………………..

(zgoda Organizatora lub Opiekuna)



**Załącznik nr 6**

Warszawa, dnia ……………………. r.

………………………………….

(pieczęć firmowa Organizatora stażu)

**PREZYDENT M.ST. WARSZAWY**

##### **za pośrednictwem**

##### **URZĘDU PRACY M.ST. WARSZAWY**

**Wniosek**

**o przedłużenie umowy/porozumienia o zorganizowanie stażu**

Zwracam się z prośbą o przedłużenie okresu odbywania stażu przez Pana/Panią………………………………………………………………………………………………………………………….. zamieszkałą/zamieszkałego …………………………………………………………………………………………………….,

PESEL ………………………….., w ramach umowy/porozumienia znak……………………………………,  
z dnia ……………………………. .

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

**Do wniosku o przedłużenie umowy o zorganizowanie stażu dołączam program staż na dalszy okres[[9]](#footnote-9).**

…………………………………………...

(podpis i pieczęć Organizatora)

**Oświadczam, ze wyrażam zgodę na kontynuację stażu u wyżej wymienionego Organizatora.**

…………………………………………...

(data i podpis stażysty)

1. Wskazana osoba powinna posiadać pełnomocnictwo do reprezentowania organizatora i zawierania umów. [↑](#footnote-ref-1)
2. Zaznaczyć właściwe. [↑](#footnote-ref-2)
3. Zaznaczyć właściwe. [↑](#footnote-ref-3)
4. Dotyczy wniosków, w których organizator stażu nie wskazał kandydata w cz. II pkt. 4 niniejszego wniosku. [↑](#footnote-ref-4)
5. Nie dotyczy organizatora stażu, który jest przedsiębiorstwem sfery budżetowej. [↑](#footnote-ref-5)
6. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-6)
7. **Do Karty stażu należy dołączyć dwa egzemplarze opinii o stażyście.** [↑](#footnote-ref-7)
8. **Organizator stażu jest zobowiązany do udzielenia na wniosek osoby odbywającej staż dni wolnych   
   w wymiarze 2 dni za każde 30 dni kalendarzowych odbywania stażu. Za ostatni miesiąc odbywania stażu Organizator jest zobowiązany udzielić dni wolnych przed upływem terminu zakończenia stażu.** [↑](#footnote-ref-8)
9. **Należy dołączyć Program stażu będący Załącznikiem nr 1 do wniosku o zorganizowanie stażu dla osób niepełnosprawnych zarejestrowanych w Urzędzie Pracy m.st. Warszawy jako osoby poszukujące pracy niepozostające w zatrudnieniu.** [↑](#footnote-ref-9)