

Warszawa, dnia \_ \_-\_ \_- 2020 r.

|  |
| --- |
| ………………………………... |
| pieczęć firmowa Organizatora |
|  |
| **OON.M.511.** \_\_ **.** \_\_ **. 2020** |
| 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*** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***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 dla potrzeb rynku pracy\*** | **Ilość**  **miejsc** | **Pożądane (minimalne) kwalifikacje  niezbędne do podjęcia stażu** | **Oczekiwane predyspozycje  psychofizyczne  i zdrowotne** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |

(\*) – wyszukiwarka opisów zawodów dostępna na stronie Publicznych Służb Zatrudnienia <http://warszawa.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/wyszukiwarka-opisow-zawodow>

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) |
|  |

**Klauzula informacyjna w związku z przetwarzaniem danych osobowych dla pracodawców w związku z realizacją zadań określonych w ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy**

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE.L Nr 119), zwanego dalej RODO, Urząd Pracy m. st. Warszawy informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych, w tym danych osobowych jest Urząd Pracy m. st. Warszawy mający siedzibę przy ul. Grochowskiej 171B, 04-111 Warszawa, reprezentowany przez Dyrektora Urzędu Pracy m. st. Warszawy.
2. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne do zawarcia i realizacji umowy. Odmowa podania danych osobowych skutkuje brakiem możliwości realizacji usług i form wsparcia dla pracodawców.
3. Pani/Pana dane, w tym dane osobowe przetwarzane są w celu:
   * realizacji zadań przez Urząd i wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO;
   * realizacji zadań przez Urząd i wykonywania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. e RODO;

ujętych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy ( Dz. U. z 2019 r. poz. 1482 z późn. zm.) oraz aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie.

1. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych mogą być:
   * Podmioty publiczne – na podstawie przepisów prawa;
   * Podmioty, które przetwarzają dane osobowe na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.
2. Pani/Pana dane, w tym dane osobowe związane z realizacją zadania publicznego będą przechowywane przez okres niezbędny do zakończenia danej formy wsparcia oraz w obowiązkowym okresie przechowywania dokumentacji archiwalnej ustalonej zgodnie z odrębnymi przepisami.
3. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawienia   
   i sprostowania oraz w zakresie wynikających z przepisów do ograniczenia przetwarzania i wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania.
4. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego do przetwarzania danych osobowych (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych), jeśli uzna Pani/Pan, że dane te są przetwarzane niezgodnie z przepisami prawa.
5. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych może Pani/Pan kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:

* pod adresem e-mail: [iod@up.warszawa.pl](mailto:iod@up.warszawa.pl).,
* lub pisemnie na adres siedziby Urzędu

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

**Załączniki:**

1. **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).

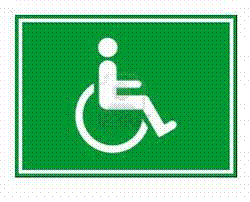
2. **Kserokopia dokumentu potwierdzającego prowadzenie działalności we wskazanym miejscu odbywania stażu** (dotyczy przypadku, kiedy miejsce odbywania stażu nie jest w siedzibie firmy, a adres ten nie widnieje w żadnym z dokumentów rejestrowych) – nie dotyczy administracji.

3. **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.

4. 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).

**Wnioski niekompletne, wypełnione nieczytelnie lub podpisane przez osobę nieupoważnioną do reprezentowania Organizatora nie będą podlegały ocenie !!!**

**Wszystkie pozycje we wniosku powinny zostać wypełnione, a w przypadku, gdy którykolwiek punkt nie dotyczy Organizatora prosimy wpisać „nie dotyczy” lub znak „-„.**



PROGRAM STAŻU Załącznik nr 1

**sporządzony w dniu … . … .2020 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.[[5]](#footnote-5)**
* 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) |

**VI. Oświadczenie organizatora**

**Oświadczam, że:**

1. informacje podane we wniosku i dane zawarte w przedstawionych dokumentach, nie uległy zmianie i są zgodne ze stanem faktycznym na dzień składania wniosku,
2. nie zalegam z płatnościami do Urzędu Skarbowego i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
3. w okresie ostatnich 6 miesięcy nie dokonałam/em zwolnień pracowników z przyczyn nie dotyczących pracowników,
4. nie toczy się w stosunku do jednostki, którą reprezentuję, postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o jej likwidację,
5. nie zalegam z opłatami składek na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, w przypadku zatrudniania mniej niż 6% osób niepełnosprawnych w przypadku zatrudniania powyżej 25 pracowników,
6. zapoznałam/em się z *Klauzulą informacyjną w związku z przetwarzaniem danych osobowych dla pracodawców w związku z realizacją zadań określonych w ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy*.

*Prawdziwość oświadczeń oraz informacji zawartych we wniosku stwierdzam własnoręcznym podpisem. Świadoma/y jestem, że za złożenie oświadczenia niezgodnego z prawdą lub zatajenie w nim prawdy, grozi kara pozbawienia wolności, na podstawie art.233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny.*

Warszawa, dn. …………………………………………

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



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| cid:image001.gif@01CF1069.CFB5C380   |  |  | | --- | --- | | ………………………………  Pieczęć firmowa Organizatora stażu | **Załącznik nr 2** |   **LISTA OBECNOŚCI** **za miesiąc ………………………/2020 r.**  Pan(i) …………………………………odbywa staż na podstawie Umowy/Porozumienia nr……..……/2020  W terminie od ………………. do ………………….   |  | | --- | | **Oryginał listy obecności należy dostarczyć do Urzędu Pracy w terminie obowiązkowej wizyty stażysty. Błędnie wypełniona lista obecności oraz nie dostarczona w terminie do Urzędu Pracy skutkuje wstrzymaniem wypłaty stypendium.** |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **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 odbywania stażu, **tzn. nie wcześniej niż po przepracowaniu tych dni**)  **„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 |   C:\Users\b.tryc.UP.000\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.Outlook\6CQVC74W\up szyld corel duzy 2019 (2).png  cid:image001.gif@01CF1069.CFB5C380  **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)  C:\Users\b.tryc.UP.000\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.Outlook\6CQVC74W\up szyld corel duzy 2019 (2).png  cid:image001.gif@01CF1069.CFB5C380     |  |  |  | | --- | --- | --- | | ……………………..  pieczęć Urzędu Pracy m.st. Warszawy | | **Załącznik nr 4**  Warszawa, dn. ……………………...r. | |  |  |  |   **KARTA STAŻU**  Pan(i)………………………………………………………………………………………………………………..  (imię i nazwisko)  Adres……………………………………………………………………………………………………….……….  (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)  Data i miejsce urodzenia…………………………………………………………………………………..……..  Numer umowy/porozumienia z organizatorem stażu ………..…./2020 z dnia … - … - 2020 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      cid:image001.gif@01CF1069.CFB5C380    C:\Users\b.tryc.UP.000\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.Outlook\6CQVC74W\up szyld corel duzy 2019 (2).png  **Załącznik nr 5**  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 …..……………………………z dnia ………………  **Uzasadnienie:** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  **Do wniosku o przedłużenie umowy o zorganizowanie stażu dołączam program staż na dalszy okres[[6]](#footnote-6).**  …………………………………………...  (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. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-5)
6. **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-6)