



.....  
(pieczęć firmowa Organizatora)

.....  
(miejscowość, data)

## WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O ZORGANIZOWANIE STAŻU NA PODSTAWIE BONU STAŻOWEGO

*na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2021r., poz.1100 z późn. zm.) w art. 53 i art. 66l.*

### I. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZATORA:

1. Pełna nazwa Organizatora .....
2. Adres siedziby Organizatora .....
3. Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby upoważnionej do reprezentowania Organizatora oraz do podpisania umowy .....
4. Telefon, fax, e-mail .....
5. NIP ..... REGON ..... PKD 2007 .....
6. Forma organizacyjno-prawna .....
7. Rodzaj działalności .....
8. Data rozpoczęcia działalności .....
9. Forma i stawka opodatkowania .....
10. Stan zatrudnienia w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na dzień złożenia wniosku (*do stanu zatrudnienia nie wlicza się osób zatrudnionych w ramach umowy : o pracę młodocianych, o pracę nakładczą młodocianych – przyuczenie do zawodu, o dzieło, zlecenie, odbywających służbę wojskową, przebywających na urloпах bezpłatnych powyżej 1-go miesiąca, studentów – praktykantów oraz osób przebywających na urloпах macierzyńskich i wychowawczych*).

11. Stan zatrudnienia w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w okresie ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem wniosku (*analogicznie jak w pkt. 10*):

Lp.	Miesiąc, rok	Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy	Liczba osób, z którymi rozwiązano stosunek pracy, tryb i przyczyna rozwiązania
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

12. Liczba osób aktualnie odbywających staż w dniu złożenia wniosku ....., w tym:

- w ramach umów o staż zawartych w PUP w Wągrowcu .....
- w ramach umów o staż zawartych w innych powiatowych urzędach pracy .....

## II. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZOWANEGO STAŻU:

1. Okres odbywania stażu 6 miesięcy od dnia .....

2. Imię i nazwisko kandydata, który otrzymał bon stażowy .....

3. Nazwa zawodu zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności *na podstawie Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 kwietnia 2010r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. z 2018r., poz. 227 z późn. zm.)*

Nazwa zawodu/ kod zawodu .....

Stanowisko .....

4. Dane opiekuna/ów osoby/osób bezrobotnej/ych odbywającej staż *(opiekun bezrobotnego może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż trzema osobami bezrobotnymi odbywającymi staż):*

- Imię i nazwisko: .....
- Stanowisko: .....
- Wykształcenie: .....
- Numer telefonu: .....

5. Czas pracy bezrobotnego odbywającego staż:

***Czas pracy bezrobotnego stażysty nie może przekraczać 8godz. na dobę i 40 tygodniowo lub w przypadku osób niepełnosprawnych 7 godz. na dobę i 35 tygodniowo. Bezrobotny nie może odbywać stażu w niedziele i święta, w porze nocnej, w systemie pracy zmianowej ani w godzinach nadliczbowych. W szczególnych przypadkach dopuszczalna jest – za zgodą PUP – realizacja stażu w niedziele i święta, w porze nocnej, w systemie pracy zmianowej.***

5.1 Zmianowość:

- jednozmianowy
- dwuzmianowy\*

(odpowiednie zaznaczyć)

5.2 Dni pracy:

- poniedziałek
- wtorek
- środa
- czwartek
- piątek
- sobota
- niedziela i święta

(odpowiednie zaznaczyć)

**\* w przypadku zaznaczenia – niezbędne jest uzasadnienie potrzeby wskazanego systemu czasu pracy bezrobotnego**

.....
.....
.....
.....
.....

5.3 Godziny pracy (podać jakie): .....

6. Miejsce odbywania stażu (podać dokładny adres, nr telefonu) .....

.....

7. Organizator zobowiązuje się do zatrudnienia w/w bezrobotnego po zakończonym stażu przez okres co najmniej 6 miesięcy w ramach umowy o pracę:

- w pełnym wymiarze czasu pracy\*,
- w niepełnym wymiarze czasu pracy\* (podać jakim, nie mniej niż 1/2 etatu): .....,

(\* odpowiednie zaznaczyć)

**POUCZENIE:**

1. Wniosek należy wypełnić starannie i czytelnie – **drukowanymi literami**.
2. Prosimy o odpowiedź na wszystkie zawarte we wniosku pytania, a w przypadku gdy zadane pytanie nie dotyczy Wnioskodawcy proszę wpisać „nie dotyczy”.
3. Rozpatrzenie wniosku nastąpi w terminie 30 dni od daty złożenia kompletu dokumentów.
4. **Wniosek niekompletny, nieprawidłowo sporządzony lub podpisany przez osobę nieupoważnioną nie będzie rozpatrywany.**

**ZAŁĄCZNIKI:**

1. Formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.
2. Zaświadczenia w przypadku otrzymania pomocy de minimis, pomocy de minimis w rolnictwie, pomocy de minimis w rybołówstwie w roku podatkowym, w którym podmiot ubiega się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych.
3. Aktualny dokument poświadczający formę prawną organizatora w przypadku:
  - a) **spółki cywilnej** – umowa spółki,
  - b) **osoby fizycznej prowadzącej działalność rolniczą lub dział specjalny produkcji rolnej** – dokument potwierdzający fakt posiadania gospodarstwa rolnego lub prowadzenia działu specjalnego (np. decyzja o wysokości podatku rolnego, zaświadczenie z właściwego urzędu gminy, zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o podleganiu opodatkowaniu z tytułu prowadzenia działu specjalnego produkcji rolnej).

.....  
(data, pieczęć i podpis Organizatora)

### OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Zgodnie z art. 75 § 2 Kodeksu Postępowania Administracyjnego świadomy odpowiedzialności za fałszywe zeznania, oświadczam, że:

1. **Nie toczy/toczy\*** się w stosunku do prowadzonej przeze mnie firmy postępowanie upadłościowe oraz **nie został/został\*** zgłoszony wniosek o likwidację podmiotu.
2. **Nie zalegam/zalegam\*** z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych.
3. **Nie byłem/byłem\*** w okresie 2 lat poprzedzających złożenie wniosku, karany za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny (Dz. U. z 2019, poz. 19504 z późn. zm.).
4. **Nie zostałem/zostałem\*** w okresie do 365 dni przed dniem złożenia wniosku ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych lub **nie jestem/jestem\*** objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.
5. **Wywiązałem/nie wywiązałem\*** się z warunków wcześniej zawartych umów z Powiatowym Urzędem Pracy w Wągrowcu.
6. **Prowadzę/ nie prowadzę** działalność gospodarczą w rozumieniu art. 2.17 Ustawy o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.
7. **Spełniam/nie spełniam\*** warunki/warunków o których mowa w rozumieniu przepisów wydanych przez Komisję Europejską na podstawie art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, na zasadach wynikających z rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1407/2013, z dnia 18.12.2013r. w sprawie stosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz.UE L 352/1 z 24.12.2013) lub rozporządzenia Komisji (UE) nr 1408/2013 r. w sprawie stosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz.UE I, 352/9 z 24.12.2013).
8. W okresie bieżącego roku kalendarzowego oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych **uzyskałem/nie uzyskałem\*** pomoc de minimis.

W przypadku odpowiedzi **uzyskałem** proszę wypełnić poniższą tabelę (wszelkie informacje zawarte w tabeli powinny być zgodne z zaświadczeniami o udzielonej pomocy de minimis, jakie Wnioskodawca otrzymał od instytucji udzielających mu pomocy de minimis w okresie bieżącego roku kalendarzowego oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych).

---

\* niepotrzebne skreślić

Lp.	Podmiot udzielający pomocy	Podstawa prawna otrzymanej pomocy i jej przeznaczenie	Data udzielenia pomocy(dzień-miesiąc-rok)	Wielkość pomocy brutto	
				W PLN	W EUR
1					
2					
3					
4					
5					
<b>Łączna wartość pomocy de minimis</b>					

9. **Nie cięży/cięży\*** na mnie obowiązek zwrotu pomocy wynikający z wcześniejszych decyzji uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem.
10. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadamiania o możliwości przekroczenia granic dopuszczalnej pomocy de minimis.
11. Zobowiązuję się do złożenia dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy de minimis, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku o zorganizowanie stażu do dnia złożenia wniosku o wypłatę premii, otrzymam pomoc de minimis.
12. Informacje zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.
13. Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.4.2016 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 (dalej: RODO), przyjmuję do wiadomości, że:
- 1) Administratorem moich danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Wągrowcu z siedzibą w Wągrowcu ul. Kolejowa 22, kod pocztowy 62-100, e-mail: [powa@praca.gov.pl](mailto:powa@praca.gov.pl), tel. 67 26 21 081.
  - 2) Dane kontaktowe inspektora ochrony danych: Pan Krzysztof Pukaczewski, e-mail: [pukaczewski@hotmail.com](mailto:pukaczewski@hotmail.com).
  - 3) Dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji ustawowych zadań urzędu - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie Art. 9 ust.1 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
  - 4) Odbiorcami danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.

- 5) Dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną.
- 6) Posiadam prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych w dowolnym momencie.
- 7) Mam prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
- 8) Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem (w szczególności: Ustawa – kodeks postępowania administracyjnego, Ustawa o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, Ustawa prawo zamówień publicznych) jest obligatoryjne.

.....  
(data, pieczętka i podpis Organizatora)

.....  
 (pieczęć firmowa organizatora)

### PROGRAM STAŻU

Nazwa zawodu/kod zawodu: .....

Nazwa stanowiska: .....

Nazwa komórki organizacyjnej, w której odbywać się będzie staż: .....

Program praktycznego wykonywania przez bezrobotnego czynności lub zadań:

**(PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)**

Lp.	Czynność lub zadanie
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

Rodzaj uzyskanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:

.....  
 .....

Sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:

.....

Opiekun osoby objętej programem stażu:

Imię i nazwisko/ stanowisko/ wykształcenie.....

.....

.....  
 (data, pieczęć i podpis Organizatora)