



„JUNIOR – program aktywizacji zawodowej absolwentów niepełnosprawnych”

Żary dnia

Powiatowy Urząd Pracy
Ul. Mieszka I 15
68-200 Żary

.....
(pieczęć firmowa Organizatora Stażu)

W N I O S E K

o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu

(art. 53 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20.04.2004 r.)

1. Dane Organizatora stażu (nazwa lub imię i nazwisko):

.....

adres

telefon..... fax e-mail

forma prawna

2. Dane osoby reprezentującej organizatora stażu upoważnionej do podpisania umowy:

imię i nazwisko stanowisko

3. Rodzaj prowadzonej działalności :

.....

4. Data rozpoczęcia działalności

5. Regon..... NIP: PKD/EKD :

6. Stan zatrudnienia w dniu złożenia wniosku:

a) liczba pracowników ogółem :

b) liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu :

7. Liczba przewidywanych miejsc pracy, na których bezrobotni będą odbywać staż -

8. Nazwa zawodu lub specjalności (zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności) w jakim będzie odbywany staż

.....

9. Okres odbywania stażu (nie krótszy niż 3 m-ce) :

od do..... lubmiesiący

10. Miejsce faktycznego odbywania stażu
(adres)

11. Praca w systemie:

- Jednozmianowym godziny od do
- Dwuzmianowym godziny od do i od do
- Innym godziny od do

12. Wymagania dotyczące kandydata:

- a) poziom wykształcenia
- b) kierunek wykształcenia
- c) predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne.....
- d) minimalne kwalifikacje niezbędne do podjęcia stażu
-
- e) inne wymagania

13 . Dane pracownika, który sprawować będzie nadzór nad odbywaniem stażu

1) imię i nazwisko

2) stanowisko.....

14. Organizator stażu posiada / nie posiada * kandydata na staż:

1) imię i nazwisko:

2) imię i nazwisko:

3) imię i nazwisko:

15. PROGRAM STAŻU

(należy sporządzić oddzielnie dla każdego stanowiska)

dla zawodu lub specjalności

nazwa komórki organizacyjnej

nazwa stanowiska pracy

rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych

.....

.....

sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych :.....

.....*pisemna opinia*.....

Dane pracownika, który sprawować będzie nadzór nad odbywaniem stażu

1) imię i nazwisko

2) stanowisko.....

Harmonogram stażu :

Okres stażu	Opis zadań zawodowych wykonywanych przez osobę bezrobotną

Organizator stażu oświadcza, iż realizacja w/w programu stażu, umożliwi samodzielne wykonywanie pracy na danym stanowisku lub w zawodzie, po zakończeniu stażu.

.....
(podpis i pieczęć organizatora stażu)

DEKLARACJA ZATRUDNIENIA

- 1) Organizator stażu deklaruje chęć zatrudnienia osoby/osób odbywających staż po zakończeniu stażu – **TAK - NIE ***
- 2) Osoba odbywająca staż po zakończeniu stażu zostanie zatrudniona na:
 - a) umowę o pracę*, umowę zlecenia*
 - b) umowę na czas: określony m-cy*, czas nieokreślony* na zastępstwo*
 - c) w wymiarze: pełnym*, niepełnym*

.....
(podpis i pieczęć organizatora stażu)

Oświadczam, że na dzień składania wniosku:

1. nie posiadam żadnych zaległych zobowiązań wobec Urzędu Skarbowego i Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
2. nie otrzymałem dofinansowania ze środków PFRON na to samo zadanie z innego tytułu *ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*, w tym również w ramach programów PFRON ,
3. po otrzymaniu dofinansowania ze środków PFRON na cele określone w ustawie, o której mowa w pkt. 2 dotrzymałem warunków umowy i złożyłem dokumenty rozliczające przyznane dofinansowani,
4. nie posiadam wymagalnych zobowiązań wobec PFRON,
5. nie posiadam zaległości w obowiązkowych wpłatach na PFRON,
6. nieprocedowane jest postępowanie egzekucyjne w administracji, również w zakresie innych niż podatkowe zobowiązania wnioskodawcy,
7. nieprocedowane jest postępowanie w sprawach o przestępstwa skarbowe lub wykroczenia skarbowe,
8. w okresie do 365 dni przed dniem złożenia wniosku nie zostałem-łam ukarany/na lub skazany/na prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy i nie jestem objęty/ta postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy,
9. zapoznałem/łam się z Zasadami organizacji miejsc odbywania stażu oraz znane mi są przepisy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. Z 2008r. Nr 69, poz. 415 z późn. zm.) oraz rozporządzenie MPiPS z dnia 20 sierpnia 2009r. W sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz. U. Nr 142, poz. 1160 z 2009r.),
10. po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku zobowiązuje się skierować i pokryć koszty badań lekarskich potwierdzających zdolność bezrobotnego do odbywania stażu oraz dostarczyć do PUP przed rozpoczęciem stażu kserokopię zaświadczenia lekarskiego.

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

.....
(pieczęć imienna i podpis Organizatora stażu)

ZAŁĄCZNIKI:

1. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych – załącznik nr 1,
2. Oświadczenie wnioskodawcy o otrzymanej pomocy publicznej i pomocy de minimis – załącznik nr 2,
3. Zgłoszenie krajowej oferty pracy /stażu
4. Formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (dotyczy Organizatora stażu, który prowadzi działalność gospodarczą) – załącznik nr 3.

*właściwe pozostawić



Oświadczenie

o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Ja niżej podpisana/podpisany oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U z 2002 r. Nr 101, poz. 926) w celu wykonania przez Powiat Żarski obowiązków wynikających z realizacji programu „Junior - program aktywizacji zawodowej dla absolwentów niepełnosprawnych”, w tym wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych przez Powiat do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w Warszawie przy sporządzaniu i przesyłaniu sprawozdań z realizacji tego programu.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy

.....
Imię i nazwisko wnioskodawcy
Adres:.....

.....

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY
O OTRZYMANEJ POMOCY PUBLICZNEJ I POMOCY DE MINIMIS**

sporządzono w oparciu o Ustawę z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity: Dz. U. z 2007 r., Nr 59, poz. 404, z 2008 r. Nr 93, poz. 585, z 2010 r. Nr 18, poz. 99)

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 KK* za złożenie fałszywego oświadczenia i oświadczam, że:

1. Nie uzyskałem(łam)/ uzyskałem(łam) ** pomocy de minimis w bieżącym roku oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat w wysokości.....
(proszę wpisać wysokość pomocy w walucie EURO)

2. Nie uzyskałem(łam)/ uzyskałem(łam) ** pomocy publicznej w odniesieniu do tych samych kosztów w wysokości.....
(proszę wpisać wysokość pomocy w walucie EURO)

* „Kto składając zeznanie mające służyć w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.”

.....
(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

** niepotrzebne skreślić



ZGŁOSZENIE KRAJOWEJ OFERTY PRACY/STAŻU/PI/RMP/RP/PZD/PSU

Dane kontaktowe: Powiatowy Urząd Pracy w Żarach, 68-200 Żary, ul. Mieszka I 15, tel. (68) 479 13 56

e-mail: zizr@praca.gov.pl.

Powiatowy Urząd Pracy w Żarach Oddział w Lubsku, 68-300 Lubsko, ul. 3 Maja 1,

tel. (68) 457 23 66, e-mail: zizr@praca.gov.pl.



OTWARTA*

ZAMKNIĘTA**

*oferta zawierająca dane umożliwiające identyfikację pracodawcy

**oferta nie zawierająca danych umożliwiających identyfikację pracodawcy

I. Informacje dotyczące pracodawcy					
1. Nazwa pracodawcy		2. Adres pracodawcy kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ulica miejscowość gmina faks/ e-mail..... adres strony internetowej			
3. Numer statystyczny pracodawcy (REGON) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NIP	4. Forma prawna prowadzonej działalności 3) Sp. z o.o. 4) S.A. 5) S.C. 6) Agencja zatrudnienia <input type="checkbox"/> 5) Inna <input type="checkbox"/>		5. Imię i nazwisko osoby do kontaktu w sprawie oferty pracy Telefon		
6. Podstawowy rodzaj działalności wg PKD <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		7. Liczba zatrudnionych pracowników			
II. Informacje dotyczące zgłoszonego miejsca zatrudnienia					
8. Nazwa zawodu		9. Kod zawodu wg klasyfikacji zawodów i specjalności <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	10. Nazwa stanowiska	11. Liczba wolnych miejsc pracy w tym dla osób niepełnosprawnych <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
14. Wysokość wynagrodzenia brutto		17. Rodzaj umowy: 1) umowa o pracę; 2) umowa zlecenie, a) na czas nieokreślony 3) umowa o dzieło, b) na czas określony 4) umowa o pracę c) na okres próbny tymczasową d) na zastępstwo 5) inne..... e) praca sezonowa - okres zatrudnienia		18. System i rozkład czasu pracy 1) jedna zmiana 2) dwie zmiany 3) trzy zmiany 4) ruch ciągły 5) inne godziny pracy.....	
15. System wynagradzania (akord, prowizja, czasowy itp.)		19. Wymiar czasu pracy 1) pełen etat 2) ¾ etatu 3) ½ etatu 4) inny.....		12. Wnioskowana liczba kandydatów <input type="text"/> <input type="text"/>	
16. Data rozpoczęcia pracy		20. Okres aktualności oferty		13. Miejsce wykonania pracy	
23. Wymagania - oczekiwania pracodawcy 1) poziom wykształcenia 2) doświadczenie zawodowe 3) umiejętności, uprawnienia 4) poziom znajomości języków obcych 5) inne		21. Zasięg upowszechniania oferty pracy: <input type="checkbox"/> 3) Powiat żarski 4) UE/EOG *** 5) inny PUP:		22. Częstotliwość kontaktu z pracodawcą: <input type="checkbox"/> 1) raz na 30 dni 2) raz na 14 dni 3) inna	
24. Ogólny zakres obowiązków		25. Forma kontaktu z pracodawcą: 1) Kontakt osobisty 3) kontakt e-mailowy 2) Kontakt telefoniczny 4) inne			
III. Adnotacje urzędu pracy					
26. Numer pracodawcy <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	27. Data przyjęcia oferty <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	28. Numer oferty: OfPr/ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	29. Data anulowania oferty <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	30. Inicjały pracownika PUP <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
31. Data upowszechnienia oferty <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	32. Data przekazania oferty do innego PUP <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	33. Przyczyny wycofania oferty: 1) zrealizowana 3) wycofana przez pracodawcę 2) upływ terminu ważności 4) inna			
IV. Pracodawca oświadcza, że:					
1) w okresie do 365 dni przed zgłoszeniem oferty pracy nie został ukarany lub nie został skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy albo nie jest objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy;					
2) oferta nie jest w tym samym czasie zgłoszona do innego powiatowego urzędu pracy na terenie kraju;					
3) zobowiązuje się do powiadomienia PUP o dezaktualizacji oferty.					

*** W przypadku zainteresowania zatrudnieniem obywatela z państw Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) należy wypełnić załącznik nr 1 zawierający informacje uzupełniające.

.....
data i podpis pracodawcy/pieczątka

REALIZACJA ZGŁOSZENIA KRAJOWEJ OFERTY PRACY

DATA PRZEDŁO- ZENIA ZGŁO- SZENIA	IMIĘ I NAZWISKO OSOBY PROPONOWANEJ DO PRACY	OSOBA PROPONOWANA								WYNIK SKIEROWANIA				
		JEST BEZROBOTNĄ Z GRUPY				JEST POSZUKUJĄCĄ Z GRUPY				ZATRUDNIONA*	NIE ZATRUDNIONA		NIE STA- WIŁA SIĘ DO PRACY*	NIE STA- WIŁA SIĘ DO URZĘDU*
		OSOBY DO 25 ROKU ŻYCIA	NIEPEŁNO- SPRAWNI*	POZOST ALI*	POBIERA ZASIŁEK		OSOBY DO 25 ROKU ŻYCIA	NIEPEŁ NO- SPRAW NI	POZOST ALI*		TAK*	PODAĆ PRZYCZYNĘ		
TAK*	NIE*													
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Zgłoszenie realizuje:

*) – właściwą odpowiedź zaznaczyć znakiem X