

Załącznik nr 6

do Regulaminu uczestnictwa dodatkowych

Uczestników projektu

PWP “Przełamać bariery”

|  |  |
| --- | --- |
| WYPEŁNIA INSTYTUCJA PRZYJMUJĄCA WNIOSEK | |
| Data wpływu wniosku |  |
| Numer wniosku |  |

/Pieczęć organizatora/

**Wojewódzki Urząd Pracy**

**w Białymstoku**

**ul. Pogodna 22**

**15-354 Białystok**

**WNIOSEK ORGANIZATORA STAŻU O ZAWARCIE UMOWY NA ORGANIZACJĘ STAŻU**

**w ramach projektu**

**pt. *PWP „Przełamać bariery”***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. DANE ORGANIZATORA STAŻU | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres siedziby | | | | | | | | | | | | | | | | | | Forma prawna | | | | |
| Województwo | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Powiat | |  | | | | | | | | | | | | | | | | Rodzaj działalności | | | | |
| Miejscowość | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Kod pocztowy | |  | |  | | | | - | | |  | |  | | |  | |
| Ulica / nr lokalu | |  | | | | | | | | | | | | | | | | Data rozpoczęcia działalności | | | | |
| E-mail | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Numer telefonu | |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  | |  | | NIP | |  | | | |
| Numer faxu | |  |  | |  | |  | |  |  | |  |  | |  | | REGON | |  | | | |
| Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby reprezentującej Organizatora stażu przy podpisywaniu umowy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko osoby do kontaktu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | Numer telefonu | | | | |  | | | |
| 2. DANE DOTYCZĄCE STAŻU | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| proszę wskazać nazwę zawodu lub specjalności, w jakim Stażysta miałby odbywać staż: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Proszę uzasadnić potrzebę organizacji stażu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  ………………………………………………………………………………………………………………….. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Proszę podać liczbę miejsc stażowych, stanowiska stażowe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Proszę podać ilość osób planowanych do zatrudnienia po zakończeniu stażu\*  *\*Organizator stażu nie ma obowiązku zatrudniania osoby odbywającej staż w ramach projektu po zakończeniu stażu* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Czy skierowani uczestnicy będą wykonywać pracę szkodliwą lub uciążliwą dla zdrowia? (wstawić TAK lub NIE) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Wymagania dotyczące Stażysty: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wykształcenie: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kwalifikacje: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dodatkowe umiejętności: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Predyspozycje psychofizyczne: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa komórki organizacyjnej, w jakiej Stażysta miałby odbywać staż: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Stanowisko stażowe: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Godziny i miejsce wykonywania pracy w ramach stażu zawodowego (adres, jeśli nie jest to siedziba firmy) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dane Opiekuna stażu: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Imię i nazwisko: ...................................................................................................................................... 2. Stanowisko: ...................................................................................................................................... 3. Wykształcenie: ...................................................................................................................................... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. LISTA EWENTUALNYCH KANDYDATÓW DO ODBYWANIA STAŻU\*  \*SPOŚRÓD UCZESTNIKÓW PROJEKTU PN. PWP „Przełamać bariery”. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Lp.** | | **Nazwisko i imię** | | | | | **PESEL** | | | | | | | **Miejsce zamieszkania** | | | | | | | **Stanowisko stażowe** | |
|  | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | |
| 1. OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA STAŻU | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych wynikających z art. 233 k.k., oświadczam, że:  - wszystkie informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą,  - nie toczy się w stosunku do Organizatora stażu postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację,  - w okresie 365 dni przed złożeniem wniosku Organizator stażu nie został skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych oraz nie jest objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie,  - Organizator stażu nie posiada zaległości w opłacaniu składek na ubezpieczenie społeczne oraz nie posiada zadłużeń wobec Skarbu Państwa w opłacaniu podatków,  - Organizator stażu posiada wszystkie niezbędne dokumenty wymagane w zakresie prowadzonej działalności, w tym m.in.: koncesje, licencje, zezwolenia, certyfikaty, a także wpisy do stosownych rejestrów.  ….….…………………………………….. ……………………………………………….  /Miejscowość, data/ /podpis i pieczęć osoby upoważnionej  do reprezentowania Organizator stażu/ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO WNIOSKU ORGANIZATORA STAŻU O ZAWARCIE UMOWY NA ORGANIZACJĘ STAŻU:**

1. Załącznik nr 1 –Program stażu zawodowego,
2. Załącznik nr 2 – Oświadczenie o braku zaległości wobec ZUS i Urzędu Skarbowego,
3. Załącznik nr 3 – Dokument poświadczający formę prawną Organizatora stażu, np. wpis do ewidencji działalności gospodarczej lub rejestru sądowego, uchwała właściwego organu,
4. Załącznik nr 4 - Deklaracja rozliczeniowa ZUS DRA wraz z potwierdzeniem dokonania przelewu lub wpłaty składek z miesiąca poprzedzającego miesiąc złożenia wniosku,
5. Załącznik nr 5 – Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON,
6. Załącznik nr 6 – Zaświadczenie o numerze identyfikacji podatkowej NIP,
7. Załącznik nr 7 – Pełnomocnictwo do reprezentowania Organizatora stażu. Pełnomocnictwo nie jest wymagane, jeżeli osoba podpisująca *Wniosek Organizatora stażu o zawarcie umowy na organizację stażu* i *Umowę trójstronną o staż* jest upoważniona z imienia i nazwiska do reprezentowania Organizatora stażu w odnośnym dokumencie rejestracyjnym.

**Dokumenty składane w formie kserokopii wymagają potwierdzenia przez Organizatora stażu zgodności z oryginałem.**



Załącznik nr 1 do Wniosku Organizatora stażu o zawarcie umowy na organizację stażu

w ramach projektu PWP „Przełamać bariery”

**PROGRAM STAŻU ZAWODOWEGO**

**w ramach projektu nr WND-POKL.07.04.00-20-053/12 pt. PWP „Przełamać bariery” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego**

Sporządzony w dniu ……………………………roku przez

**Organizatora stażu:**

……………………………………………….

*/nazwa i adres/*

1. Nazwa zawodu lub specjalności, której program dotyczy ………….………………………………………………………………………………………..

2. Zakres zadań wykonywanych przez Stażystę:

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

3. Rodzaj uzyskanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych przez Stażystę:

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

1. Sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:

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

1. Dane Opiekuna osoby objętej programem stażu (imię, nazwisko, stanowisko):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………..

*/podpis osoby uprawnionej do*

*reprezentowania Organizatora stażu/*