

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/*