**Wniosek o organizację stażu w ramach projektu „Kierunek praca!”**

Nr WND-RPPK.07.01.00-18-0236/16

Regionalny Program Operacyjny Województwa Podkarpackiego

Oś Priorytetowa VII Regionalny rynek pracy

Działanie 7.1 Poprawa Sytuacji osób bezrobotnych na rynku pracy-projekty konkursowe

Nr Umowy o dofinansowanie projektu: UDA-RPPK.07.01.00-18-0236/16-00

**BENEFICJENT (INSTYTUCJA KIERUJĄCA NA STAŻ):** Fundacja Incept, ul. Józefa Conrada-Korzeniowskiego 2/20, 50-226 Wrocław

**STAŻYSTA /imię i nazwisko, adres, data urodzenia/** [wpisuje ZAKŁAD PRACY, który już posiada wybraną osobę – prosimy o wpisanie wszystkich danych] :

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

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

**ZAKŁAD PRACY:**

Nazwa ……………………………………………………………………………………………………………….

Adres: Miejscowość …………………..…….………… Ulica i nr ……………………….………………………………..

Kod ……………………… NIP: …………………………………………… REGON: ……………………………………………

Telefon: …………………………… Faks: …………………………… e-mail: …………………………………….…………

Wpis do ewidencji/KRS z dnia …………………………………………. Nr ………………………………………………

Oosba / y upoważniona / e do podpisania umowy **[zgodna z dokumentacją rejestracyjną – np. wpis do ewidencji, KRS]**

Nazwisko i imię ..................................... Funkcja ..................................................

Nazwisko i imię ..................................... Funkcja ..................................................

**DANE DOTYCZĄCE STAŻU:**

Liczba osób zatrudnionych w zakładzie pracy: …………

Liczba bezrobotnych wnioskowanych do odbycia stażu: …………

Ilość osób aktualnie odbywających staż u Organizatora: …………

Proponowany okres odbycia stażu: **5 miesięcy**

Miejsce wykonywania pracy w ramach stażu /adres/:

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

**WYMAGANIA NIEZBĘDNE DO PODJĘCIA STAŻU:**

Wykształcenie (kierunek, poziom): ……………………………………………………………………………………….

Wymagane predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne: ………………………………………………………

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

Niezbędne kwalifikacje: ………………………………………………………………………………………………………..

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

Staż w systemie pracy : **1 zmiana**

Godziny pracy (pełny wymiar czasu pracy obowiązujący w danym stanowisku) od ……………………… do …………………………

**DANE OSOBOWE OPIEKUNA OSOBY BEZROBOTNEJ SPRAWUJĄCEGO NADZÓR NAD ODBYWANIEM STAŻU**:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Imię i nazwisko opiekuna** | **Stanowisko opiekuna** | **Wymiar czasu pracy****zatrudnionego opiekuna** | **Aktualna liczba stażystów pod opieką opiekuna** |
| 1. |  |  |  |  |

\* Opiekun bezrobotnego odbywającego staż może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż 3 osobami bezrobotnymi odbywającymi staż.

**Dane osoby upoważnionej do kontaktu z Fundacją Incept**

imię i nazwisko............………………………………………………………………………………………………………

stanowisko……………………………………………………………………………………………………………………

 telefon kontaktowy…………………………………………………………………………………………….……………

**EFEKT ZATRUDNIENIOWY:**

**Zobowiązuję się zatrudnić po zakończonym stażu:**

🞎 **w formie umowy o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy lub ½ etatu na minimum 3 miesiące, lub**

🞎 **w formie umowy zlecenia/o dzieło**,

przy założeniu, że umowa taka nie może być niższa niż 3-krotność minimalnego wynagrodzenia (**minimalne wynagrodzenie** to najniższa miesięczna płaca brutto dla pracownika zatrudnionego na podstawie umowy o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy (tzw. pełen etat). Wysokość minimalnego wynagrodzenia określana jest corocznie na podstawie *ustawy z dnia 10 pa*ź*dziernika 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za prac*ę. Przez **warto**ść **umowy** należy rozumieć wartość całej umowy cywilno-prawnej).

**BENEFICJENT POKRYWA KOSZT BADAŃ LEKARSKICH**

Zakład Pracy posyła Stażystę na wstępne badania lekarskie, a Beneficjent pokrywa koszt tych badań.

Załączniki do wniosku :

1. podstawa prawna działalności organizatora – wpis do EDG lub KRS (kserokopia wpisu dołączona do wniosku)
2. REGON /kserokopia/
3. NIP /kserokopia/
4. PROGRAM STAŻU – (załącznik nr 1)

**OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych /Dz. U. Nr 101 z 2002r. z późniejszymi zmianami/.

Przyjmuję do wiadomości, iż wniosek pozostanie bez rozpatrzenia - jeżeli wniosek i załączone dokumenty jest niekompletny lub wypełniony nieprawidłowo – i w przypadku wezwania do uzupełnienia, w terminie 14 dni, pracodawca nie dokona stosownych uzupełnień.

**OŚWIADCZAM, iż nie zalegam ze składkami na ubezpieczenia społeczne, w urzędzie skarbowym oraz innymi opłatami na rzecz skarbu państwa.**

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 6 Kodeksu karnego, potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość powyższych danych.

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

data i podpis wnioskodawcy

 (*osoby uprawnionej do reprezentowania*)

**Załącznik nr 1**

**Program stażu**

Nazwa zawodu: ………………………………………….. stanowisko pracy: …………………………………………

Komórka organizacyjna (w przypadku większych zakładów pracy):

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

*Nazwa zawodu powinna być zgodna z wykazem zawodów ujętych w Rozporządzeniu Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 17 maja 2010 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U. 2010 nr 82, poz. 537)*

Zakres zadań zawodowych [harmonogram]: **/proszę wypełnić starannie/**

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

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

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

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

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

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

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

Opiekun osoby objętej stażem (imię , nazwisko, stanowisko, telefon kontaktowy)

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

***Opiekun stażysty udziela mu wskazówek i pomocy w wypełnianiu powierzonych zadań oraz poświadcza własnym podpisem prawdziwość informacji zawartych w sprawozdaniu***

Sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych przez stażystę:

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

Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych stażysty: ………………………..

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

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

*Wszystkie czynności będą wykonywane pod nadzorem opiekuna wskazanego we wniosku. Stażysta, nie będący pracownikiem, nie będzie ponosił odpowiedzialności materialnej oraz nie będzie wykonywał opisanych powyżej zadań samodzielnie bez nadzoru opiekuna.*

*Uprzedzony /a/ o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 6 Kodeksu karnego, potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość powyższych danych.*

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

 data i podpis, pieczątka wnioskodawcy

 (osoby uprawnionej do reprezentowania)