**Wniosek o organizację stażu w ramach projektu „Praca i lepsze jutro”**

**(Заявка на організацію стажування в рамках проекту «Праця і впевненість у завтрашньому дню»)**

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020,

Oś priorytetowa 8 Rynek pracy,

Działanie 8.2 Wsparcie osób poszukujących pracy.

Nr projektu: RPDS.08.02.00-02-0017/22

(в рамках регіональної операційної програми для Нижньосілезького воєводства на 2014-2020 рр.,

Пріоритетний напрямок 8 Ринок праці,

Захід 8.2 Підтримка шукачів роботи.

Номер проекту: РПДС.08.02.00-02-0017/22)

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

(БЕНЕФІЦІАР (УСТАНОВА, ЩО НАПРАВЛЯЄТЬСЯ УСТАНОВА): Fundacja Incept, Wyb. 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] :

(Практикант /прізвище та ім'я, адреса, дата народження/ [вписує роботодаіець, котрий вже має вибрану особу - впишіть усі дані]:)

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

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

**ZAKŁAD PRACY:**

**(Роботодавець:)**

Nazwa (Назва) ……………………………………………………………………………………………………………………

Adres: Miejscowość (Адреса, місцевість) …………………..…….………………………… Ulica i nr (Вулиця і номер)……………………….…………………………………………………………………………………………………………..

Kod (код) ……………………… NIP: (НІП) …………………………………………… REGON (Регон) ……………………………………………

Telefon: (Телефон) …………………………… Faks: (Факс) …………………………… e-mail: (електронна скринька) …………………………………….………………………………………

Wpis do ewidencji/KRS z dnia (Запис до реєстру/Національний судовий реєстр) …………………………………………. Nr (номер) ………………………………………………

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

**(**Особи, уповноважені підписати угоду **[відповідно до реєстраційної документації - наприклад, запис у реєстрі, Національний судовий реєстр])**

Nazwisko i imię (Ім’я і прізвище) ..................................... Funkcja (Функція) ..................................................

Nazwisko i imię (Ім’я і прізвище) ..................................... Funkcja (Функція)..................................................

**DANE DOTYCZĄCE STAŻU:**

**(Дані про стажування:)**

Liczba osób zatrudnionych w zakładzie pracy: (Кількість осіб працюючих на фірмі) …………

Liczba bezrobotnych wnioskowanych do odbycia stażu: (Кількість безробітних осіб претендуючи на стаж) …………

Ilość osób aktualnie odbywających staż u Organizatora: (Кількість осіб які зараз перебувають на стажуванні) …………

Proponowany okres odbycia stażu: 5 **miesięcy** (Пропонована тривалість стажування **: 5 місяців)**

Miejsce wykonywania pracy w ramach stażu /adres/:

(Місце роботи під час стажування/адреса:)

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

**WYMAGANIA NIEZBĘDNE DO PODJĘCIA STAŻU:**

**(Вимоги потрібні для стажу:)**

Wykształcenie (kierunek, poziom): (Освіта, напрямок,рівень:) ……………………………………………………………………………………….

Wymagane predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne: (Необхідні психофізичні схильності та стан здоров'я:) …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

Niezbędne kwalifikacje: (Необхідні кваліфікації:)………………………………………………………………………………………………………..

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

Staż w systemie pracy : (Стаж роботи в системі роботи:) **……………………………….**

Godziny pracy (pełny wymiar czasu pracy obowiązujący w danym stanowisku) od ( Робочий час (повна тривалість робочого дня, що застосовується до даної посади) з) ……………………… do (до) ………………………… lub inny obowiązujący u pracodawcy (або інший час, встановлений роботодавцем) …………………………………………………………………… …

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

(ПЕРСОНАЛЬНІ ДАНІ ОПІКУНА БЕЗРОБІТНОГО, ЯКИЙ ОПІКУВАВСЯ ПРАКТИКАНТОМ:)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Imię i nazwisko opiekuna (Ім’я і прізвище опікуна)** | **Stanowisko opiekuna i telefon kontaktowy (Посада опікуна, номер телефону)** | **Wymiar czasu pracy****zatrudnionego opiekuna (Робочі години опікуна)** | **Aktualna liczba stażystów pod opieką opiekuna (Кількість практикантів під опікою опікуна)** |
| 1. |  |  |  |  |

\* Opiekun bezrobotnego odbywającego staż może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż 3 osobami bezrobotnymi odbywającymi staż. (Опікун безробітного може опікуватися не більше ніж трьома особами котрі проходять стажування)

**Dane osoby upoważnionej do kontaktu**

**(Дані контактної особи:)**

imię i nazwisko (Ім’я і прізвище) ...........………………………………………………………………………………………………………

stanowisko (Посада) ……………………………………………………………………………………………………………………

 telefon kontaktowy (Номер телефону) …………………………………………………………………………………………….……………

**EFEKT ZATRUDNIENIOWY:**

**(ЕФЕКТ ЗАЙНЯТОСТІ:)**

**Zobowiązuje się zatrudnić po zakończonym stażu w formie umowy o pracę w wymiarze co najmniej ½ etatu na minimum 1 miesiąc.**

**(Зобов'язується прийняти на роботу після завершення стажування у формі трудового договору в обсязі не менше ½ повного робочого часу мінімум на 1 місяць.)**

**BENEFICJENT POKRYWA KOSZT BADAŃ LEKARSKICH**

**(БЕНЕФІЦІАР ПОКРИВАЄ ВАРТІСТЬ НА МЕДИЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ)**

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

(Роботодавець направляє інтерна на первинні медичні огляди, а Бенефіціар покриває витрати на ці огляди.)

Załączniki do wniosku:

(Додатки до заяви:)

1. podstawa prawna działalności organizatora – wpis do EDG lub KRS (kserokopia wpisu dołączona do wniosku)

(правова підстава діяльності організатора - внесення до ЄДГ або Національного судового реєстру (ксерокопія запису додається до заяви))

1. PROGRAM STAŻU – (załącznik nr 1)

(ПРОГРАМА СТАЖУВАННЯ - (Додаток 1))

**OŚWIADCZENIE**

**(ЗАЯВА)**

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/.

(Даю згоду на обробку персональних даних відповідно до Закону від 29 серпня 1997 року. про захист персональних даних /Журн У. № 101 2002 року. зі змінами/.)

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.

(Визнаю, що заява не розглядатиметься - якщо заява та додані до неї документи будуть неповними або заповненими неправильно - та у разі звернення про доповнення, протягом 14 днів, роботодавець не внесе відповідних доповнень.)

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

**(ЗАЯВЛЯЮ, що не маю заборгованості по внесках, в податковій та інших платежах до державної казни.)**

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

(Попереджено про кримінальну відповідальність за ст. 233 § 6 Кримінального кодексу підтверджую власним підписом правдивість наведених вище даних.)

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

data i podpis wnioskodawcy (Дата і підпис)

 (*osoby uprawnionej do reprezentowania*)(особа уповноважена представляти)

**Załącznik nr 1**

**(Додаток 1)**

**Program stażu**

**(Програма стажування)**

Nazwa zawodu: (Назва професії:) ………………………………………….. stanowisko pracy: (посада) …………………………………………

Komórka organizacyjna (w przypadku większych zakładów pracy): (Організаційний підрозділ (у разі великих робочих місць):)

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

*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)*

*(Назва професії має відповідати переліку професій, який міститься в Постанові Міністра економіки та праці від 17 травня 2010 р. Про класифікацію професій і спеціальностей для потреб ринку праці та сферу її застосування (журн. Законів 2010 р. № 82, п. 537))*

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

**(**Обсяг професійних завдань [розклад]**: /заповнити уважно/)**

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

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

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

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

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

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

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

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

(Опікун особи, яка проходила стажування (прізвище, ім'я, по батькові, посада, контактний телефон))

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

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

***(Керівник практиканта здійснює його керівництво та допомогу у виконанні покладених на нього завдань та засвідчує власним підписом правдивість відомостей, викладених у звіті.)***

Sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych przez stażystę:

(Спосіб підтвердження слухачем набутих кваліфікацій або професійних навичок:)

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

Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych stażysty: (Тип набутих кваліфікацій або професійних навичок слухача:) ……………………………………………………………………………………………………………………………………

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

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

*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.*

*(Всі дії будуть проводитися під наглядом опікуна, зазначеного в заявці. Стажист, який не є найманим працівником, не несе матеріальної відповідальності та не виконуватиме описані вище завдання самостійно без контролю супервайзера.*

*Попереджено /а/ про кримінальну відповідальність за ст. 233 § 6 Кримінального кодексу підтверджую власним підписом правдивість наведених вище даних.)*

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

 data i podpis, pieczątka wnioskodawcy (дата і підпис, печатка)

 (osoby uprawnionej do reprezentowania)( особа уповноважена представляти)