**Wniosek o przyjęcie na staż w ramach projektu „Akademia integracji 2”**

|  |
| --- |
| **Dane Organizatora Stażu:** |
| **Nazwa firmy/podmiotu:** |  |
| **Adres siedziby/miejsca prowadzenia działalności:** |  |
| **NIP:** |  | **REGON:** |  |
| **Imię i nazwisko i stanowisko osoby/osób upoważnionej/ych do reprezentowania Organizatora stażu:** |  |
| **Liczba pracowników zatrudnionych na umowę o pracę w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy: (na dzień złożenia wniosku)** |  |
| **Liczba osób odbywających staż u Organizatora stażu: (na dzień złożenia wniosku)** |  |

|  |
| --- |
| **Dane nt. planowanego stanowiska stażu:** |
| **Liczba przewidywanych miejsc pracy, na których będzie odbywany staż:** |  |
| **Planowana data rozpoczęcia i zakończenia stażu (nie mniej niż 3 m-ce):** |  |
| **Nazwa stanowiska pracy:** |  |
| **Nazwa zawodu lub specjalności, której program dotyczy, zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności (Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania, Dz.U. 2014 poz. 1145, ze zmianami):** |  |
| **Nazwa komórki organizacyjnej, w której zostanie utworzone stanowisko stażowe:** |  |
| **Adres miejsca odbywania stażu:** |  |
| **Planowany zakres zadań zawodowych wykonywanych w czasie stażu przez stażystę:** | Zakres obowiązków: |
| **Wymagania dotyczące predyspozycji psychofizycznych i zdrowotnych, poziomu wykształcenia oraz minimalnych kwalifikacji niezbędnych do podjęcia stażu na w/w stanowisku pracy:** | Wykształcenie: Kwalifikacje: Inne:  |
| **Dane opiekuna stażysty (imię i nazwisko, stanowisko, wykształcenie):** |  |
| **Imię i nazwisko osoby, która jest planowana do przyjęcia na staż:** **(jeżeli dotyczy)** |  |
| **Zobowiązuje się do:** **• skierowania osoby planowanej do przyjęcia na staż na badania lekarskie na wskazanym we wniosku stanowisku przed przystąpieniem do odbywania stażu, ich sfinansowania oraz dostarczenia do Beneficjenta kopii zaświadczenia o braku przeciwwskazań zdrowotnych w/w osoby do odbywania stażu na wskazanym stanowisku.****• zorganizowania i pokrycia kosztów szkolenia BHP i P.POŻ osoby skierowanej do odbycia stażu, niezwłocznie po rozpoczęciu stażu.** |

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń/zeznań niezgodnych z prawdą potwierdzam prawdziwość wyżej podanych informacji.

Bytów, dn. …………………… r. …………………………………………………

 (miejscowość, data) (podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania Organizatora stażu)

**Oświadczam, że w firmie/podmiocie składającym niniejszy wniosek w ciągu najbliższych 12-tu miesięcy PLANUJE SIĘ/ NIE PLANUJĘ[[1]](#footnote-1) SIĘ zwiększenia zatrudnienia pracowników.**

Bytów, dn. …………………… r. …………………………………………………

 (miejscowość, data) (podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania Organizatora stażu)

**Oświadczam, że osoba wskazana powyżej (o ile dotyczy) jako planowana do przyjęcia na staż nie odbywała stażu, przygotowania zawodowego w miejscu pracy lub przygotowania zawodowego dorosłych na stanowisku pracy, którego dotyczy niniejszym wniosek u Organizatora stażu składającego wniosek.**

Bytów, dn. …………………… r. …………………………………………………

 (miejscowość, data) (podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania Organizatora stażu)

**Oświadczam, że opieka nad stażystą nie stanowi elementu obowiązków służbowych w/w osoby wyznaczonej na opiekuna stażu wynikających z zawartego z nią stosunku pracy.[[2]](#footnote-2)**

Bytów, dn. …………………… r. …………………………………………………

 (miejscowość, data) (podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania Organizatora stażu)

1. Niewłaściwe skreślić. [↑](#footnote-ref-1)
2. Zapis nie dotyczy, gdy osoba wyznaczona na opiekuna stażysty nie jest zatrudniona w Podmiocie składającym niniejszy wniosek o przyjęcie na staż w oparciu o umowę o pracę. [↑](#footnote-ref-2)