

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

<b>Dane Organizatora Stażu:</b>			
<b>Nazwa firmy/podmiotu:</b>			
<b>Adres siedziby/miejsca prowadzenia działalności:</b>			
<b>NIP:</b>		<b>REGON:</b>	
<b>Imię i nazwisko i stanowisko osoby/osób upoważnionej/ych do reprezentowania Organizatora stażu:</b>			
<b>Liczba pracowników zatrudnionych na umowę o pracę w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy: (na dzień złożenia wniosku)</b>			
<b>Liczba osób odbywających staż u Organizatora stażu: (na dzień złożenia wniosku)</b>			
<b>Dane nt. planowanego stanowiska stażu:</b>			
<b>Liczba przewidywanych miejsc pracy, na których będzie odbywany staż:</b>			
<b>Planowana data rozpoczęcia i zakończenia stażu (nie mniej niż 3 m-ce):</b>			
<b>Nazwa stanowiska pracy:</b>			
<b>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):</b>			
<b>Nazwa komórki organizacyjnej, w której zostanie utworzone stanowisko stażowe:</b>			
<b>Adres miejsca odbywania stażu:</b>			
<b>Planowany zakres zadań zawodowych wykonywanych w czasie stażu przez stażystę:</b>		Zakres obowiązków:	
<b>Wymagania dotyczące predyspozycji psychofizycznych i zdrowotnych, poziomu wykształcenia oraz minimalnych kwalifikacji niezbędnych do podjęcia stażu na w/w stanowisku pracy:</b>		Wykształcenie: Kwalifikacje: Inne:	



<b>Dane opiekuna stażysty (imię i nazwisko, stanowisko, wykształcenie):</b>	
<b>Imię i nazwisko osoby, która jest planowana do przyjęcia na staż: (jeżeli dotyczy)</b>	
<b>Zobowiązuje się do:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• zorganizowania i pokrycia kosztów szkolenia BHP i P.POŻ osoby skierowanej do odbycia stażu, niezwłocznie po rozpoczęciu stażu.</li> </ul>	

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 PLANUJE<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup>**

Bytów, dn. .... r. ....  
(miejscowość, data) (podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania Organizatora stażu)

<sup>1</sup> Niewłaściwe skreślić.

<sup>2</sup> 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.