

CAZ.RRPRP.6041	
Pieczęć wnioskodawcy	pieczęć Powiatowego Urzędu Pracy w Chrzanowie

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O ZORGANIZOWANIE STAŻU
na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy
i służbach zatrudnienia

1. DANE IDENTYFIKACYJNE ORGANIZATORA

nazwa firmy lub imię i nazwisko oraz adres siedziby i miejsca prowadzenia działalności (pieczęć)	
NIP, REGON	
	NIP
	REGON
nr telefonu, adres e-mail oraz imię i nazwisko osoby do kontaktu	

2. DANE DOTYCZĄCE PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ

forma prawna prowadzonej działalności	
podstawowy rodzaj działalności WG PKD/EKD	
data rozpoczęcia działalności	
liczba osób zatrudnionych u wnioskodawcy na dzień złożenia wniosku	
	umowy o pracę
	umowy zlecenia, inne
liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy (nie wliczamy właścicieli, osób wykonujących pracę w ramach umowy zlecenia, umowy o dzieło, praktykantów)	
	umowy o pracę w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy

3. OSOBA REPREZENTUJĄCA ORGANIZATORA (osoba uprawniona do podpisania umowy stażowej):

imię i nazwisko oraz	
stanowisko	
nr telefonu	

4. DANE DOTYCZĄCE LICZBY OSÓB, STANOWISKA PRACY, KANDYDATA NA STAŻ

liczba przewidywanych miejsc odbywania stażu, dane kandydata na staż (imię i nazwisko), data urodzenia		
	liczba osób	Imię i nazwisko, data urodzenia
	stopień pokrewieństwa TAK ☐ jaki:..... NIE ☐	
	inny kandydat TAK ☐ , NIE ☐	
nazwa stanowiska pracy stażysty oraz nazwa, stanowiska, zawodu lub specjalności (zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy)	kod zawodu:..... nazwa zawodu:..... stanowisko:.....	
proponowany okres odbywania stażu w miesiącach:	nie krótszy niż 3 miesiące inny ☐ WPISZ JAKI	
Wymagania dotyczące predyspozycji psychofizycznych i zdrowotnych niezbędnych do podjęcia stażu (zgodne z proponowanym zawodem lub specjalnością), poziomu wykształcenia oraz minimalnych kwalifikacji do podjęcia stażu przez bezrobotnego	Poziom wykształcenia osoby bezrobotnej: Minimalne kwalifikacje: Wymagane predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne (np. dobry wzrok, słuch, zręczność, wysoka kultura osobista, kreatywność, komunikatywność, inne): Umiejętności: (np. obsługa urządzeń biurowych, znajomość języków, inne): Wymagane badania lekarskie: (np. praca na wysokości, badania sanepidowskie, praca przy komputerze, inne):	
godziny pracy, system pracy i rozkład czasu pracy (czas pracy stażysty nie może przekroczyć 8 godzin na dobę i przeciętnie 40 godzin tygodniowo w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy, w przeciętnym okresie rozliczeniowym nieprzekraczającym 3 miesięcy)	☐ jedna zmiana: od.....do..... ☐ dwie zmiany: od.....do..... od.....do..... ☐ inny: pracujące dni w tygodniu (wymień)..... zmianowość TAK ☐ , NIE ☐ uzasadnienie: Proszę o wyrażenie zgody na pracę w systemie zmianowym, (inne) UZASADNIENIE przyjęty okres rozliczeniowy:.....	

5. DANE DOTYCZĄCE MIEJSCA WYKONYWANIA STAŻU

dokładny adres miejsca odbywania stażu wynikający z dokumentacji rejestrującej tj. CEIDG, KRS lub innego dokumentu	
adres do korespondencji	j.w. ☐ inny ☐
czy działalność jest zarejestrowana pod wskazanym adresem	TAK ☐ NIE ☐
czy lokal jest wynajmowany pod prowadzenie działalności na podstawie zawartej umowy z wynajmującym	TAK ☐ NIE ☐
czy miejsce stażu znajduje się w miejscu zamieszkania wnioskodawcy	TAK ☐ uzasadnij: NIE ☐
czy spełnione są warunki do odbywania stażu)	TAK ☐ NIE ☐
ADNOTACJE URZĘDU PRACY	(wypełnia ROK) Ofpr..... Stpr..... WnSTAŻ.....
Pracownik przyjmujący ofertę:	(wypełnia RRPRP) liczba przyznanych miejsc staży: źródło finansowania:..... okres odbywania stażu:..... imię i nazwisko kandydata: (wypełnia ROK) Data przyjęcia oferty (pieczęć):
Pracownik realizujący ofertę:	Data zamknięcia oferty (pieczęć):

6. DANE DOTYCZĄCE OPIEKUNA STAŻYSTY

imię i nazwisko, wykształcenie oraz stanowisko opiekuna bezrobotnego odbywającego staż	
liczba stażystów znajdujących się pod opieką wskazanego opiekuna na dzień złożenia wniosku	

7. DEKLARACJA ZATRUDNIENIA PO UKOŃCZENIU STAŻU, WSPÓŁPRACA

liczba osób	
rodzaj umowy (zlecenie, o pracę, inna)	
okres czasu zatrudnienia w miesiącach (min. 1m-c tj. 30dni)	
wymiar czasu pracy (1/2 etatu, 1/1 etat, inny)	
liczba osób odbywających staż na dzień złożenia wniosku	
liczba osób odbywających staż w ramach umów zawartych z innymi urzędami pracy, wskazać jaki UP	

8. OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA(WNIOSKODAWCY)

oświadczam, że :

- 9.1 TOCZY ☐ NIE TOCZY SIĘ ☐ postępowanie upadłościowe ani likwidacyjne i nie został zgłoszony wniosek;
- 9.2 ZALEGAM ☐ NIE ZALEGAM ☐ z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem składek ZUS , US oraz FP,FGŚP,FS,FEP, oraz PFRON;
- 9.3 ZOSTAŁEM ☐ NIE ZOSTAŁEM ☐ w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy oraz objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy;
- 9.4 ZAPOZNAŁEM SIĘ z PRZEPISAMI ☐ dotyczącym organizacji staży;
- 9.5 PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI ☐, iż PUP w Chrzanowie zastrzega możliwość żądania dokumentów, mających na celu potwierdzenie danych zawartych we wniosku;

miejsce i data	podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnianej do podpisu

Oświadczam, że informacje podane przeze mnie we wniosku oraz załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym

podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnianej do podpisu	
---	--

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

1. kserokopia pełnomocnictwa lub pisemne upoważnienie dla osoby, która będzie zawierała umowę w imieniu wnioskodawcy;
2. program stażu (zał.nr 1);
3. klauzula informacyjna (zał.nr 2);
4. w przypadku gdy wnioskodawcą jest osoba fizyczna prowadząca działalność w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej lub prowadząca dział specjalny produkcji rolnej (zał.nr 3);
5. oświadczenie o pracy zdalnej (zał.nr 4) kserokopia (oświadczenie stażysty w postaci papierowej lub elektronicznej, że posiada warunki lokalowe i techniczne do wykonywania pracy zdalnej;

PROGRAM STAŻU DLA BEZROBOTNEGO SKIEROWANEGO DO ODBYCIA STAŻU

u organizatora (pieczęć):		
w komórce organizacyjnej:		
na stanowisku, w zawodzie lub specjalności : (zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy)	KOD ZAWODU:	
	STANOWISKO:	

1. opis i zakres zadań zawodowych wykonywanych przez bezrobotnego w okresie odbywania stażu;

1.opis i zakres zadań zawodowych wykonywanych przez bezrobotnego w okresie odbywania stażu;
2.zakres wiedzy lub umiejętności zawodowych przewidzianych do opanowania
3.sposób potwierdzenia zdobytej wiedzy lub umiejętności zawodowych
Opinia po zakończeniu stażu ☐
Certyfikat ☐
Inne ☐

2. Osoba bezrobotna uzyska UMIEJĘTNOŚCI ☐ lub KWALIFIKACJE ZAWODOWE ☐ do wykonywania pracy w.w zawodzie, które po zakończeniu stażu zostaną potwierdzone przez organizatora sporządzoną opinią zawierającą informację o zadaniach realizowanych przez bezrobotnego i umiejętnościach praktycznych pozyskanych w trakcie stażu.

3. imię i nazwisko oraz stanowisko opiekuna:

imię i nazwisko:..... stanowisko opiekuna:	
wykształcenie:	

pieczęć i podpis wnioskodawcy lub osoby uprawnianej do podpisu	pieczęć Powiatowego Urzędu Pracy w Chrzanowie

Zmiana programu stażu może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej w postaci aneksu do umowy (w przypadku kilku stanowisk należy sporządzić odrębny program stażu)

(zał.nr 2 do wniosku)

KLAUZULA INFORMACYJNA

Wypełniając postanowienia określone w art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchyleniu dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) informuje się, że:

- 10.1 Administratorem państwa danych osobowych jest PUP w Chrzanowie, ul. Słowackiego 8, 32-500 Chrzanów, tel. 32 753 38 00, fax 32/753 38 99, e-mail: krch@praca.gov.pl;
- 10.2 Administrator zgodnie z art. 37 ust. 1 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) wyznaczył inspektora ochrony danych. Inspektorem danych osobowych jest Pani Ewelina Górecka. Kontakt z inspektorem ochrony danych jest możliwy poprzez adres email: egorecka@chrzanow.praca.gov.pl;
- 10.3 Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz.U. 2025, poz. 620) w celu organizacji stażu;
- 10.4 Dane osobowe mogą zostać udostępnione wyłącznie podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa;
- 10.5 Dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat od zamknięcia sprawy;
- 10.6 Przysługuje Państwu prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania;
- 10.7 Przysługuje Państwu wniesienie skargi do organu nadzorczego;
- 10.8 Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Niepodanie danych uniemożliwi realizację celu, o którym mowa w pkt.3;
- 10.9 Państwa dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

Zapoznałem(am) się z klauzulą o ochronie danych osobowych.

Czytelny podpis wnioskodawcy lub osoby uprawnianej do podpisu	
--	--

oświadczenie o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu rolników oraz o nadanym numerze identyfikacyjnym gospodarstwa oraz oświadczenie potwierdzające prowadzenie działów specjalnych produkcji rolnej oraz o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu rolników

dotyczy ☐ *należy wypełnić właściwe

nie dotyczy ☐

OŚWIADCZAM, że:

- 1.jestem ☐, nie jestem ☐ pełnoletnią osobą fizyczną, nieposiadającą statusu bezrobotnego zamieszkującą i prowadzącą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, osobiście i na własny rachunek, działalność w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej, w tym ogrodniczej, sadowniczej, pszczelarskiej i rybnej, w pozostającym w jej posiadaniu gospodarstwie rolnym;
- 2.jestem ☐, nie jestem ☐ rolniczą spółdzielnią produkcyjną;
- 3.podlegam ☐, nie podlegam ☐ ubezpieczeniu społecznemu rolników;
- 4.zalegam ☐, nie zalegam ☐ z opłatami KRUS, US;
- 5.prowadzę ☐, nie prowadzę ☐ dział specjalny produkcji rolnej, o którym mowa w ustawie z dnia 20 grudnia 1990 roku o ubezpieczeniu społecznym rolników;
- 6.numer identyfikacyjny gospodarstwa w ramach „Krajowego systemu ewidencji producentów, ewidencji gospodarstw rolnych oraz ewidencji wniosków o przyznanie płatności”

numer identyfikacyjny gospodarstwa

miejsowość i data	podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnianej do podpisu

*pełnoletnia osoba fizyczna, nieposiadająca statusu bezrobotnego zamieszkującą i prowadzącą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, osobiście i na własny rachunek, działalność w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej, w tym ogrodniczej, sadowniczej, pszczelarskiej i rybnej, w pozostającym w jej posiadaniu gospodarstwie rolnym, o którym mowa w ustawie z dnia 20 grudnia 1990 roku o ubezpieczeniu społecznym rolników

PRACA ZDALNA

TAK ☐ * należy wypełnić właściwe

NIE ☐

Adres(y) miejsca wykonywania
stażu.....

.....

.....

miejsowość i data	podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnianej do podpisu

Staż może być realizowany w formie zdalnej. Przepisy art. 67¹⁸, art. 67¹⁹ § 3–5, art. 67²⁴ § 1 pkt 1, 2 i 4, § 2–5, art. 67²⁵, art. 67²⁷, art. 67³¹ § 4, 7–9 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy stosuje się odpowiednio. Wymiar stażu w formie zdalnej oraz szczegółowe zasady odbywania stażu w formie zdalnej określa się w umowie o organizację stażu, o której mowa w ust. 5