



## WNIOSEK

o organizację 5 miesięcznego stażu dla Uczestniczki/Uczestnika projektu  
„Młodzi gotowi do zmian!” nr POWR.01.02.01-10-0066/17  
realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020  
Oś Priorytetowa I – Osoby młode na rynku pracy

Działanie 1.2 – Wsparcie osób młodych pozostających bez pracy na regionalnym rynku pracy – projekty konkursowe

Poddziałanie 1.2.1 - Wsparcie udzielane z Europejskiego Funduszu Społecznego

### 1. Dane Podmiotu przyjmującego na staż:

- a. Pełna nazwa podmiotu \_\_\_\_\_
  - b. Siedziba i miejsce prowadzenia działalności \_\_\_\_\_
  - c. Telefon \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_
  - d. Numer NIP \_\_\_\_\_
  - e. Numer REGON \_\_\_\_\_
  - f. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu \_\_\_\_\_
2. Liczba przewidywanych miejsc pracy, na których UP będą odbywać staż \_\_\_\_\_
3. Wymagania dotyczące kandydata na staż:
- a. poziom wykształcenia \_\_\_\_\_
  - b. predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne \_\_\_\_\_
  - c. minimalne kwalifikacje niezbędne do podjęcia stażu \_\_\_\_\_
4. Nazwisko i imię kandydata na staż \_\_\_\_\_
5. Proponowany okres odbywania stażu od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_
6. Miejsce odbywania stażu \_\_\_\_\_
7. Godziny odbywania stażu : od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_
- a. *Czas pracy UP odbywającego staż nie może przekraczać 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo, a UP będącego osobą niepełnosprawną zaliczoną do znaczego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności – 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo.*
  - b. *UP nie może odbywać stażu w niedziele i święta, w porze nocnej lub w systemie zmianowym, ani w godzinach nadliczbowych. Organizator Stażu może wyrazić zgodę na realizację stażu w porze nocnej lub w systemie zmianowym, o ile charakter pracy w danym zawodzie wymaga takiego rozkładu pracy.*
8. W związku z powyższym proszę o wyrażenie zgody na realizację stażu w zawodzie \_\_\_\_\_ w niedziele i święta \*, w porze nocnej \* lub w systemie pracy zmianowej \*, ponieważ charakter pracy tego wymaga.
9. Opis zadań wykonywanych podczas odbywania stażu przez UP:
- a. nazwa zawodu lub specjalności zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy \_\_\_\_\_
  - b. nazwa komórki organizacyjnej \_\_\_\_\_
  - c. nazwa stanowiska pracy \_\_\_\_\_
  - d. zakres zadań wykonywanych przez UP \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - e. opiekun osoby/osób objętych/tej programem stażu:
    - imię i nazwisko \_\_\_\_\_
    - zajmowane stanowisko \_\_\_\_\_
10. Po upływie okresu stażu zobowiązuję/nie zobowiązuję się\* do zatrudnienia \_\_\_\_\_ (ilość) UP na okres \_\_\_\_\_

\* niepotrzebne skreślić

Świadom/a/y odpowiedzialności karnej na podstawie art. 233 Kodeksu Karnego za składanie nieprawdziwych danych oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

\_\_\_\_\_  
(miejscowość, data)

\_\_\_\_\_  
(podpis Podmiotu przyjmującego na staż)

