



WNIOSEK

**o skierowanie niepełnosprawnych zarejestrowanych jako poszukujący
pracy niepozostający w zatrudnieniu do odbycia stażu finansowanego ze
środków PFRON**

- przez okres nieprzekraczający 6 miesięcy ***
- przez okres do 12 miesięcy ***

1. Dane organizatora:

- a. Pełna nazwa organizatora _____

- b. Siedziba i miejsce prowadzenia działalności _____

- c. Telefon _____ fax _____ e-mail _____
- d. Rodzaj prowadzonej działalności _____

- e. Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy _____
- f. Numer NIP _____
- g. Numer KRS _____
- h. Numer identyfikacji REGON _____
- i. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania organizatora _____
2. Liczba przewidywanych miejsc pracy, na których niepełnosprawni zarejestrowani jako poszukujący
pracy niepozostający w zatrudnieniu 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 (nie krótszy niż 3 miesiące)
od _____ do _____
6. Miejsce odbywania stażu _____
7. Godziny odbywania stażu : od _____ do _____
 - a. ***Czas pracy niepełnosprawnego poszukującego pracy niepozostającego w zatrudnieniu zaliczanego do lekkiego stopnia niepełnosprawności odbywającego staż nie może przekraczać 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo, a poszukującego pracy będącego osobą niepełnosprawną zaliczoną do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności – 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo.***
 - b. ***Niepełnosprawny poszukujący pracy niepozostający w zatrudnieniu nie może odbywać stażu w niedziele i święta, w porze nocnej, w systemie pracy zmianowej ani w godzinach nadliczbowych, chyba że charakter pracy w danym zawodzie tego wymaga a Urząd wyrazi zgodę.***
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 niepełnosprawnego
poszukującego pracy niepozostającego w zatrudnieniu:**

- 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 niepełnosprawnego poszukującego pracy niepozostającego w zatrudnieniu _____

- e. rodzaj uzyskanych kwalifikacji i umiejętności zawodowych przez poszukującego pracy niepozostającego w zatrudnieniu podczas odbywania stażu:

- f. opiekun osoby/osób objętych/tej programem stażu:
- imię i nazwisko _____
 - zajmowane stanowisko _____
10. Po upływie okresu stażu zobowiązuję/nie zobowiązuję się do zatrudnienia _____ niepełnosprawnego (ych) poszukującego(ych) pracy na okres _____
11. Organizator jest/ nie jest * objęty postępowaniem likwidacyjnym lub upadłościowym.
*** niepotrzebne skreślić**

INFORMACJA W ZAKRESIE OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH

*Informacja w zakresie przetwarzania przez Powiatowy Urząd Pracy w Nidzicy danych osobowych znajduje się na stronie internetowej: <http://nidzica.praca.gov.pl/urząd/ochrona-danych-osobowych>.

Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

(miejscowość, data)

(podpis Organizatora)

Uwaga:

- o sposobie rozpatrzenia wniosku Organizator zostanie powiadomiony w terminie miesiąca od daty wpływu wniosku do PUP.

(wypełnia PUP)

ROZPATRZENIE WNIOSKU

**Komisja Powiatowego Urzędu Pracy w Nidzicy w dniu.....
rozpatrzyła wniosek pozytywnie/negatywnie.**

Komisja zatwierdziła do realizacji miejsce(a).

Podpisy członków komisji:

.....

.....

.....