



Starosta Żniński za pośrednictwem  
Powiatowego Urzędu Pracy w Żninie

.....  
(pieczęćka firmowa Organizatora)

**W N I O S E K**  
**o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu dla osoby(-ób) bezrobotnej(-ych)**

Na zasadach określonych w art. 53 Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz w Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych wnosząc(-emy) o skierowanie  bezrobotnego(-ych)/ poszukującego pracy do odbycia stażu **na okres do 5 miesięcy.**

(liczba wnioskowanych miejsc stażu)

**I. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZATORA STAŻU**

- 1. Pełna nazwa Organizatora .....
- 2. Adres siedziby.....
- 3. REGON ..... NIP .....
- 4. Numer telefonu ..... Adres e-mail.....
- Adres skrzynki podawczej ePUAP .....
- 5. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności .....
- 6. Data rozpoczęcia działalności .....
- 7. Rodzaj prowadzonej działalności (przeważający) .....
- 8. Osoba upoważniona do podpisania wniosku i umowy /imię i nazwisko, stanowisko służbowe /  
(upoważnienie musi wynikać z dokumentów rejestrowych podmiotu lub stosownego pełnomocnictwa)  
.....
- 9. Osoba upoważniona do kontaktu z PUP Żnin /imię i nazwisko, stanowisko służbowe, numer telefonu, e-mail/  
(wskazana osoba potwierdza własnoręcznym podpisem zapoznanie się z klauzulą informacyjną)  
.....

**II. STAN ZATRUDNIENIA U ORGANIZATORA STAŻU NA DZIEŃ ZŁOŻENIA WNIOSKU**

<b>Liczba zatrudnionych* pracowników** w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy</b>	
<b>Liczba osób bezrobotnych odbywających staż</b>	
<b>w tym z innych PUP</b>	

\*zatrudnienie oznacza wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego oraz umowy o pracę nakładczą.  
\*\* pracownik oznacza osobę zatrudnioną na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę

### III. DANE DOTYCZĄCE MIEJSCA ODBYWANIA STAŻU I KANDYDATA NA STAŻ

1. Nazwa stanowiska /zawodu / .....  
zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy dostępną na stronie internetowej Urzędu  
[www.znin.praca.gov.pl](http://www.znin.praca.gov.pl) lub na stronie [www.psz.praca.gov.pl](http://www.psz.praca.gov.pl).

**Uwaga! Osoba bezrobotna kierowana na staż powinna posiadać wykształcenie, kwalifikacje, predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne adekwatne do wskazanego we wniosku stanowiska pracy.**

2. Adres miejsca odbywania stażu .....  
(w przypadku odbywania stażu w terenie proszę o wskazanie obszaru)

3. Planowane godziny odbywania stażu .....

4. Wymagania dotyczące predyspozycji psychofizycznych i zdrowotnych, poziomu wykształcenia oraz minimalnych kwalifikacji niezbędnych do podjęcia stażu na danym stanowisku pracy

.....  
.....

5. Jako kandydata(-ów) do odbycia stażu wskazuję – imię, nazwisko i PESEL osoby(-ób) bezrobotnej(-ych):

**(w przypadku braku osób proponowanych – wpisać BRAK)**

- .....  
- .....

6. Czy w przypadku niespełnienia przez wskazanego kandydata (-ów) kryteriów do skierowania na staż Organizator jest zainteresowany organizacją stażu dla innej osoby (-ób) bezrobotnej (-ych) skierowanej (-ych) przez tutejszy urząd?

TAK

NIE\*

7. Po zakończeniu okresu realizacji stażu  deklaruję  nie deklaruję\* zatrudnienie ..... osoby(-ób) bezrobotnej(-ych)  
(liczba osób-stażystów)  
na podstawie umowy o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy (minimalne wynagrodzenie za pracę) na proponowany okres 90 dni.

.....  
(pieczętka i podpis Organizatora  
bądź upoważnionej osoby)

\*Właściwie zaznaczyć stawiając znak X

#### IV. WYKAZ UZYSKANEJ POMOCY W POWIATOWYM URZĘDZIE PRACY W ŻNINIE

Aktywne formy przeciwdziałania bezrobociu z których korzystał organizator w 2023 r.	Liczba stworzonych miejsc pracy	Liczba osób zatrudnionych po zakończeniu realizacji aktywnych form przeciwdziałania bezrobociu	Liczba osób zatrudnionych po zakończeniu realizacji aktywnych form przeciwdziałania bezrobociu pracujących <u>do dnia złożenia wniosku</u>
staże			
roboty publiczne			
jednorazowe środki na podjęcie działalności gospodarczej		X	X
wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy dla skier. bezrobotnego			
prace interwencyjne			
inne .....			

#### V. OŚWIADCZAM, ŻE:

- nie toczy się w stosunku do mnie postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację,
- nie mam zaległych zobowiązań wobec ZUS i Urzędu Skarbowego,
- nie podlegam wykluczeniu na podstawie ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego,
- nie zalegam z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz nie posiadam nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych,
- w okresie ostatnich 365 dni nie zostałem (-am) ukarany (-a) lub skazany (-a) prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy i nie jestem objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy (art. 36 ust. 5f Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy),
- zapoznałem (-am) się z przepisami Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy i Rozporządzenia MPiPS z dnia 20 sierpnia 2009r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu (dot. organizacji staży),
- zapoznałem (-am) się i w pełni akceptuję Kryteria realizacji instrumentów i usług rynku pracy w 2024 r. (staż),
- przyjmuję do wiadomości, że PUP w Żninie zgodnie z art. 59b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy podaje do publicznej wiadomości wykaz pracodawców, którzy zawarli umowę o odbywanie stażu zawierający nazwę pracodawcy albo imię i nazwisko osoby oraz liczbę utworzonych stanowisk stażu,
- nie pozostaję w pierwszym stopniu pokrewieństwa, w związku małżeńskim ze wskazanym kandydatem/wskazanymi kandydatami do odbycia stażu,
- adres (korespondencyjny/zamieszkania lub stały/tymczasowy) wskazanego kandydata nie koresponduje z adresem wskazanym przez organizatora jako miejsce odbywania stażu/siedziby firmy.
- w przypadku umowy z warunkiem zatrudnienia po:
  - rezygnacji osób bezrobotnych lub organizatora ze stażu trwającego co najmniej 90 dni,
  - rezygnacji osób bezrobotnych lub organizatora z zatrudnienia po zakończeniu stażu, podejmę działania zmierzające do zatrudnienia w to miejsce kolejnej osoby bezrobotnej skierowanej przez PUP (wyjątek stanowi przerwanie stażu/rezygnacja z zatrudnienia z uwagi na udokumentowane podjęcie nauki w szkole w systemie dziennym, pracy lub rozpoczęcie działalności gospodarczej przez osoby bezrobotne) i przedłożę w PUP zgłoszenie oferty pracy krajowej w terminie 7 dni od zakończenia odbywania stażu przez osoby bezrobotne.
- przyjmuję do wiadomości, że zawarcie umowy może zostać poprzedzone wizytacją miejsca(-c) stażowego (-ych) przez PUP w terminie wcześniej uzgodnionym,
- poinformuję osoby bezrobotne o zamiarze zatrudnienia ich po zakończonym stażu (w przypadku deklaracji zatrudnienia).

**Zobowiązuję się do powiadomienia PUP w Żninie o wszelkich zmianach dotyczących informacji zawartych we wniosku. Jestem świadomy(-a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

.....  
(data, pieczętka i podpis Organizatora  
bądź upoważnionej osoby)

## KLAUZULA INFORMACYJNA

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.U.E.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

1. Administratorem Państwa danych jest Powiatowy Urząd Pracy w Żninie (**adres ul. Składowa 4, 88-400 Żnin, adres e-mail: [tozn@praca.gov.pl](mailto:tozn@praca.gov.pl), numer telefonu: 52 303 11 26**).
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: [inspektor@znin.praca.gov.pl](mailto:inspektor@znin.praca.gov.pl) lub pisemnie na adres Administratora.
3. Państwa dane przetwarzane będą w celu realizacji zadań w szczególności weryfikacji uprawnień i danych, zapewnienia pomocy określonej w ustawie, prowadzenia postępowań kontrolnych, realizacji obowiązków sprawozdawczych, gdyż jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) w zw. z Ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, Kodeksem postępowania administracyjnego z dnia 14 czerwca 1960 r., Ustawą z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych oraz aktami wykonawczymi.

W przypadku dobrowolnego udostępniania przez Państwa danych osobowych innych niż wynikające z obowiązku prawnego, podstawę legalizującą ich przetwarzanie stanowi wyrażona zgoda na przetwarzanie swoich danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit. a RODO). Udostępnione dobrowolnie dane będą przetwarzane w celu realizacji ww. zadań.

4. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych tj. 10 lat. Natomiast w przypadku danych podanych dobrowolnie – co do zasady do czasu wycofania przez Państwa zgody na ich przetwarzanie.
5. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
6. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
7. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
  - a. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
  - b. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
  - c. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
  - d. w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się na podstawie wyrażonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO – prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
  - e. w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się na podstawie wyrażonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) – prawo do usunięcia danych;
  - f. prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
8. Podanie przez Państwa danych osobowych w związku z ciążącym na Administratorze obowiązkiem prawnym jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3. Nieprzekazanie danych udostępnianych dobrowolnie pozostaje bez wpływu na rozpoznanie sprawy.
9. Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

.....  
(data, pieczętka i podpis Organizatora bądź upoważnionej osoby)

## KLAUZULA INFORMACYJNA

**(dotyczy osoby wskazanej do kontaktu i osób wskazanych jako opiekunów osoby objętej programem stażu)**

Na podstawie art. 14 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

1. Administratorem Państwa danych jest Powiatowy Urząd Pracy w Żninie (**adres ul. Składowa 4, 88-400 Żnin, adres e-mail: [tozn@praca.gov.pl](mailto:tozn@praca.gov.pl), numer telefonu: 52 303 11 26**).
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: [inspektor@znin.praca.gov.pl](mailto:inspektor@znin.praca.gov.pl) lub pisemnie na adres Administratora.
3. Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań w szczególności weryfikacji uprawnień i danych, zapewnienia pomocy określonej w ustawie, prowadzenia postępowań kontrolnych, realizacji obowiązków sprawozdawczych gdyż jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze ( art. 6 ust. 1 lit. c RODO) w zw. z Ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, Kodeksem postępowania administracyjnego z dnia 14 czerwca 1960 r., Ustawą z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych oraz aktami wykonawczymi.
4. Administrator przetwarza Państwa dane osobowe tj.: imię, nazwisko, telefon, stanowisko służbowe.
5. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych tj. 10 lat.
6. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym nie będą podlegać profilowaniu.
7. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
8. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
  - a. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
  - b. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
  - c. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
  - d. prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO).
9. Państwa dane osobowe zostały pozyskane od: Pracodawcy/Wnioskodawcy.
10. Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

.....  
(data i podpis osoby do kontaktu)

.....  
(data i podpis opiekunów osoby objętej programem stażu)

## ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:

1. Kopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności – w przypadku braku wpisu do KRS lub CEIDG np. kserokopia umowy spółki (nie dotyczy jednostek administracji publicznej).
2. Oryginał lub uwierzytelniona kserokopia pełnomocnictwa lub powołania na stanowisko osoby upoważnionej do podpisania wniosku/umowy o zorganizowanie stażu.
3. Dokument potwierdzający prawo do lokalu (w przypadku gdy miejscem stażu nie jest siedziba firmy i wskazany adres stażu nie jest wpisany do CEIDG, KRS).
4. Program odbywania stażu w 3 egzemplarzach (po jednym egzemplarzu dla PUP, organizatora oraz dla skierowanej (-ych) osoby (-ów) bezrobotnej (-ych) na formularzu stanowiącym Załącznik nr 1 do wniosku (program powinien być odrębny dla każdego stanowiska/zawodu).
5. W przypadku gdy Organizatorem jest osoba fizyczna posiadająca gospodarstwo rolne o powierzchni przekraczającej 2 ha przeliczeniowe, nie posiadająca zaświadczenia o wpisie do ewidencji pozarolniczej działalności gospodarczej oraz nie zatrudniająca żadnego pracownika przy składaniu wniosku należy przedstawić:
  - zaświadczenie lub decyzję potwierdzające łączną powierzchnię i stan prawny posiadanego gospodarstwa rolnego,
  - zaświadczenie wydane przez ARiMR o nadanym numerze identyfikacyjnym gospodarstwa,
  - zaświadczenie wydane przez KRUS o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu rolników,
  - dokument REGON,
  - dowód osobisty (do wglądu).

## POUCZENIE:

- Wnioski złożone bez kompletu załączników lub zawierające braki formalne będą rozpatrywane po ich uzupełnieniu.
- Przy organizacji stażu (w tym u tego samego organizatora) uwzględniana będzie częstotliwość korzystania z tej formy wsparcia przez organizatora i osoby bezrobotne, predyspozycje, kwalifikacje i kompetencje osób bezrobotnych oraz dotychczasowa współpraca z organizatorem/efektywność zatrudnieniowa i aktywność osoby bezrobotnej na rynku pracy.
- Wnioski opiniować będzie powołana do tego Zarządzeniem Dyrektora PUP Komisja ds. opiniowania wniosków dotyczących organizacji staży finansowanych ze środków Funduszu Pracy, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus i Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- O sposobie rozpatrzenia wniosku PUP informować będzie pisemnie w terminie do 30 dni od daty złożenia wniosku. W przypadku negatywnego rozpatrzenia wniosku(-ów) na realizację aktywnej formy wsparcia Strona ma możliwość złożyć pismo/wniosek o ponowne jego przeanalizowanie i uzyskać odpowiedź (wraz z uzasadnieniem).
- Przed podpisaniem umowy/porozumienia o zorganizowanie stażu należy dostarczyć orzeczenie lekarskie potwierdzające zdolność do pracy osób bezrobotnych na określonym stanowisku. Koszt tych badań ponosi organizator.



## PROGRAM STAŻU BEZROBOTNEGO(-YCH)

- nazwa stanowiska/ zawodu/specjalności i komórki organizacyjnej.....
- .....
- rodzaj uzyskanych kwalifikacji/ umiejętności .....
- sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych: wydanie opinii o odbytym stażu

### Zakres/opis zadań zawodowych wykonywanych przez bezrobotnego

- Zapoznanie z przepisami bhp i p/poż. oraz obowiązującym regulaminem pracy.

Strony zgodnie oświadczają, iż realizacja ww. programu stażu umożliwi bezrobotnemu(-ym) samodzielne wykonywanie pracy na danym stanowisku lub zawodzie, po zakończeniu stażu.  
Zmiana może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej w postaci aneksu do umowy.

#### Jako opiekuna osoby objętej programem stażu wskazuję:

(wskazana osoba potwierdza własnoręcznym podpisem zapoznanie się z klauzulą informacyjną)

.....  
(imię i nazwisko oraz zajmowane stanowisko)

Oświadczam, że w **przypadku braku możliwości sprawowania opieki** nad stażystą przez ww. opiekuna z powodu np. przebywania na zwolnieniu lekarskim, urlopie macierzyńskim, wychowawczym, **opieka zostanie powierzona:**  
(wskazana osoba potwierdza własnoręcznym podpisem zapoznanie się z klauzulą informacyjną)

.....  
(imię i nazwisko oraz zajmowane stanowisko)

.....  
(podpis i pieczętka pracownika PUP)

.....  
(podpis i pieczętka Organizatora  
bądź upoważnionej osoby)



## PROGRAM STAŻU BEZROBOTNEGO(-YCH)

- nazwa stanowiska/ zawodu/specjalności i komórki organizacyjnej.....
- .....
- rodzaj uzyskanych kwalifikacji/ umiejętności .....
- sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych: wydanie opinii o odbytym stażu

### Zakres/opis zadań zawodowych wykonywanych przez bezrobotnego

- Zapoznanie z przepisami bhp i p/poż. oraz obowiązującym regulaminem pracy.

Strony zgodnie oświadczają, iż realizacja ww. programu stażu umożliwi bezrobotnemu(-ym) samodzielne wykonywanie pracy na danym stanowisku lub zawodzie, po zakończeniu stażu.  
Zmiana może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej w postaci aneksu do umowy.

#### Jako opiekuna osoby objętej programem stażu wskazuję:

(wskazana osoba potwierdza własnoręcznym podpisem zapoznanie się z klauzulą informacyjną)

.....  
(imię i nazwisko oraz zajmowane stanowisko)

Oświadczam, że **w przypadku braku możliwości sprawowania opieki** nad stażystą przez ww. opiekuna z powodu np. przebywania na zwolnieniu lekarskim, urlopie macierzyńskim, wychowawczym, **opieka zostanie powierzona:**  
(wskazana osoba potwierdza własnoręcznym podpisem zapoznanie się z klauzulą informacyjną)

.....  
(imię i nazwisko oraz zajmowane stanowisko)

.....  
(podpis i pieczętka pracownika PUP)

.....  
(podpis i pieczętka Organizatora  
bądź upoważnionej osoby)





## PROGRAM STAŻU BEZROBOTNEGO(-YCH)

- nazwa stanowiska/ zawodu/specjalności i komórki organizacyjnej.....
- .....
- rodzaj uzyskanych kwalifikacji/ umiejętności .....
- sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych: wydanie opinii o odbytym stażu

### Zakres/opis zadań zawodowych wykonywanych przez bezrobotnego

- Zapoznanie z przepisami bhp i p/poż. oraz obowiązującym regulaminem pracy.

Strony zgodnie oświadczają, iż realizacja ww. programu stażu umożliwi bezrobotnemu(-ym) samodzielne wykonywanie pracy na danym stanowisku lub zawodzie, po zakończeniu stażu.  
Zmiana może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej w postaci aneksu do umowy.

#### Jako opiekuna osoby objętej programem stażu wskazuję:

(wskazana osoba potwierdza własnoręcznym podpisem zapoznanie się z klauzulą informacyjną)

.....  
(imię i nazwisko oraz zajmowane stanowisko)

Oświadczam, że **w przypadku braku możliwości sprawowania opieki** nad stażystą przez ww. opiekuna z powodu np. przebywania na zwolnieniu lekarskim, urlopie macierzyńskim, wychowawczym, **opieka zostanie powierzona:**  
(wskazana osoba potwierdza własnoręcznym podpisem zapoznanie się z klauzulą informacyjną)

.....  
(imię i nazwisko oraz zajmowane stanowisko)

.....  
(podpis i pieczętka pracownika PUP)

.....  
(podpis i pieczętka Organizatora  
bądź upoważnionej osoby)