

.....  
(pieczęć organizatora)

**Powiatowy Urząd Pracy  
w Augustowie  
ul. Mickiewicza 2**

**W N I O S E K Nr ST .....** (nie wypełniać)

**o organizację stażu**

**dla osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu**

1. Dane organizatora:

a) Nazwa i adres (z podaniem telefonu, faksu, e-maila) : .....  
.....  
.....  
osoba do kontaktu .....

b) Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby reprezentującej Organizatora przy podpisywaniu umowy.....  
.....  
.....

c) forma prawna .....

d) forma opodatkowania .....

e) rodzaj działalności .....

f) data rozpoczęcia działalności .....

g) NIP.....REGON.....PKD 2007.....

2. Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy ogółem ...../osób

3. Czy Organizator jest w stanie likwidacji TAK /NIE\* ....., lub upadłości: TAK /NIE\*

4. Liczba stażystów odbywających staż w zakładzie pracy na dzień składania wniosku.....(dotyczy również innych Urzędów Pracy )

5. Liczba osób proponowanych do odbycia stażu: .....

W proponowanym okresie od ..... do .....

(nie krótszy niż 3 miesiące)

6. Ile osób zostanie zatrudnionych po zakończeniu stażu .....

7. Dane opiekuna osoby niepełnosprawnej objętej programem stażu.

(Uwaga: jeżeli wniosek ma dotyczyć większej liczby osób na różnych stanowiskach proszę zamiast pozycji 7, 8 i 9 wniosku wypełnić załącznik nr 3 do wniosku)

a) imię i nazwisko .....

b) stanowisko .....

8. Opis zadań, jakie będą wykonywane podczas stażu:

.....  
.....  
.....  
.....

9 Wymagania dotyczące osoby niepełnosprawnej:

a) nazwa zawodu, zgodnie z kwalifikacją zawodów i specjalności (ilość osób):

.....  
.....  
.....

b) wymagane kwalifikacje i predyspozycje psychofizyczne:

.....  
.....

c) poziom wykształcenia i pożądane uprawnienia, umiejętności :

.....  
.....

10. Godziny pracy .....

11 Czy praca wykonywana przez skierowane osoby niepełnosprawne poszukujące pracy niepozostające w zatrudnieniu w trakcie odbywania stażu będzie:

- w niedziele i święta - TAK/NIE\*
- w porze nocnej - TAK/NIE\*
- w systemie pracy zmianowej - TAK/NIE\*
- szkodliwa lub uciążliwa dla zdrowia - TAK/NIE\*.

12 Miejsce odbywania stażu .....

13 Dodatkowe wymagania (np. zdrowotne, osoby uczące się/osoby nie uczące się zaocznie )\*

.....  
.....

14. Lista ewentualnych kandydatów do odbywania stażu:

Lp.	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Wnioskowane stanowisko	Miejsce Zamieszkania

***Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie we wniosku danych niezgodnych z prawdą oraz za złożenie fałszywego oświadczenia.***

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Organizator - pieczęć i podpis)

\*niepotrzebne skreślić

Załączniki :

1. Dwa egzemplarze programu stażu, które po pozytywnym rozpatrzeniu i przyjęciu do realizacji niniejszego wniosku zostaną dołączone do każdego egzemplarza umowy jako załącznik nr 1.
2. Oświadczenie o braku zaległości wobec ZUS i Urzędu Skarbowego.

**Wniosek wypełniony nieczytelnie lub niepełnie, podpisany przez nieupoważnioną osobę, nie zawierający kompletu załączników nie będzie rozpatrywany.**

---

### **Decyzja Dyrektora PUP**

Wniosek został zatwierdzony i przyjęty do realizacji z dniem .....  
dla ..... osób na okres .....  
stażu finansowanego ze środków PFRON .....

.....  
**Dyrektor PUP**  
(pieczętka i podpis)