Wałbrzych, dnia……………………….

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

(pieczęć podmiotu przyjmującego na staż)

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

(osoba wskazana do kontaktu i nr tel.)

Wniosek

podmiotu przyjmującego na staż wraz z program stażu dla uczestnika projektu  
*„Centrum Integracji Społecznej w Wałbrzychu: Chcę Być …czyli odkrywamy życie  
na nowo”* realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020 współfinansowanego  
ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

1. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI STAŻU

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa zawodu lub specjalności/Stanowisko pracy | Liczba  miejsc | Proponowany okres odbywania stażu[[1]](#footnote-1) | Proponowane godz. odbywania stażu[[2]](#footnote-2) |
| **1.** | **2.** | **3.** | **4.** | **5.** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

1. Stażysta/ści będzie/ą odbywał/ć w systemie jednozmianowym:
2. od poniedziałku do piątku,
3. w innych dniach, o ile charakter pracy w danym zawodzie wymaga takiego rozkładu pracy, tj.: ………………………………………………………………[[3]](#footnote-3).
4. Miejscem wykonywania stażu przez uczestnika/ów będzie: ……………………………………………………………………………………….
5. DANE PODMIOTU PRZYJMUJACEGO NA STAŻ
6. Nazwa firmy lub imię i nazwisko……………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………..

1. Adres podmiotu przyjmującego na staż………………………………………………

……………………………………………………………………………………………..

1. Miejsce prowadzenia działalności …………………………………………................

…………………………………………………………………………………................

1. Numer KRS *(jeśli dotyczy)* ……………………………………………………………..
2. NIP ………………………………………………………………………………………..
3. Dane osoby upoważnionej do reprezentowania przyjmującego na staż

…………………………………………………………………………………………….

1. Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD 2007) związany z wnioskowanym stanowiskiem…………………………………………………………………………......
2. PROGRAM STAŻU
3. Nazwa stanowiska pracy ……………………………………………………………….
4. Opiekun osoby objętej programem stażu ……………………………………………………………………………

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zakres zadań zawodowych wykonywanych przez stażystę | Opis zadań zawodowych jakie wykonywane będą przez stażystę | Rodzaj uzyskanych kwalifikacji/ umiejętności zawodowych |
| 1 …………………………..  2 ……………………………  3 …………………………… | …………………………………….  …………………………………….  …………………………………….  …………………………………….  …………………………………….  …………………………………….  …………………………………….  …………………………………….  …………………………………….  …………………………………….  ……………………………………. | …………………………………  …………………………………  …………………………………  …………………………………  …………………………………  …………………………………  …………………………………  …………………………………  …………………………………  …………………………………  ………………………………… |

1. Sposób potwierdzenie przez Podmiot przyjmujący na staż nabytych przez stażystę kwalifikacji lub umiejętności zawodowych

…………………………………………………………………...

1. PROCES ADAPTACJI STAŻYSTY – planowany przebieg (podany poniżej przebieg to przykład, może zostać zmieniony);
2. *Zapoznanie stażysty z opiekunem stażu oraz z najbliższymi współpracownikami.*
3. *Zapoznanie stażysty z przestrzenią firmy (siedziba/obiekty wykorzystywane przez firmę) oraz miejscami aktualnie wykonywanych prac (jeśli jest taka konieczność).*
4. *Przydzielenie stażyście stanowiska pracy oraz uprawnień wymaganych  
   do wypełniania zadań programu (jeśli jest taka konieczność).*
5. *Zapoznanie stażysty z:*
6. *ogólnymi informacjami na temat firmy (m.in.: historia, misja, wizja, wartości, struktura, cele, charakterystyka działalności),*
7. *kulturą organizacyjną, sposobami komunikacji, zasadami postępowania  
   i realizowania poleceń służbowych,*
8. *charakterystyką stanowiska pracy,*
9. *obowiązującymi w firmie przepisami, regulaminem BHP oraz innymi zasadami dot. pracy na wyznaczonym stanowisku.*

Ja niżej podpisany(a) zostałem(am) pouczony(a) o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 286  
§ 1 ustawy z dnia 06.06.1997r. - Kodeks karny tj. ,,Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”

Data ............................. ..............................................................................

Podmiot lub osoba umocowana do składania  
oświadczeń woli w imieniu Podmiotu

1. Staż powinien trwać od 3 do 6 miesięcy. [↑](#footnote-ref-1)
2. Czas pracy stażysty nie może przekroczyć 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo a stażysty posiadającego znaczny bądź umiarkowany stopień niepełnosprawności – 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo. [↑](#footnote-ref-2)
3. [↑](#footnote-ref-3)