**DEKLARACJA PRZYJĘCIA NA STAŻ W RAMACH BONU STAŻOWEGO**

**WRAZ Z DEKLARACJĄ ZATRUDNIENIA**

w ramach projektu współfinansowanego przez Unię Europejską

ze środków Programu Operacyjne Wiedza Edukacja Rozwój

Projekt: „***Z POWER-em w przyszłość!”*** nr POWR.01.02.01-12-0001/17

**INFORMACJA:**

1. Na wszystkie zawarte we wniosku pytania należy udzielić precyzyjnych odpowiedzi.
2. Okres odbywania stażu wynosi 6 miesiące

*Wypełnia Podmiot przyjmujący na staż*

|  |  |
| --- | --- |
| **PEŁNA NAZWA ORGANIZATORA STAŻU** |  |
| **MIEJSCE/A PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI PRZEZ ORGANIZATORA STAŻU** |  |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **FORMA PRAWNA** |  |
| **LICZBA PRACOWANIKÓW FIRMY/ INSTYTUCJI[[1]](#footnote-1)** (w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy) |  |
| **PROPONOWANA LICZBA OSÓB DO ODBYCIA STAŻU BĘDĄ ODBYWAĆ STAŻ** |  |
| **DEKLAROWANA LICZBA OSÓB DO ZATRUDNIENIA PO ZAKOŃCZENIU ODBYWANIA STAŻU** |  |
| **DANE KONTAKTOWE OSOBY UPOWAZNIONEJ DO KONTAKTU W SPRAWIE STAŻU** (stanowisko, tel., e-mail) |  |
| **DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO PODPISANIA UMOWY O ZAWARCIE STAŻU** (imię i nazwisko, stanowisko) |  |

|  |
| --- |
| **INFORMACJE O MIEJSCU/STANOWISKU PRACY:** |
| **STANOWISKO NA KTÓRYM BĘDZIE ODBYWAŁ SIĘ STAŻ:** |  |
| **IMIĘ I NAZWISKO ORAZ STANOWISKO OPIEKUNA STAŻYSTY ODBYWAJĄCEGO STAŻU** |  |
| **PRACA W DZIALE/RODZAJ OBOWIĄZKÓW:****(np. dział zakupów, dział marketingu/kontakt z klientami)** |  |
| **CHARAKTER WYKONYWANEJ****PRACY (określenie niezbędne do wykonania badań medycyny pracy)** | 🞎 biurowa 🞎 biurowa przy komputerze (powyżej 4h) 🞎 fizyczna 🞎 wymuszona pozycja ciała 🞎 inny charakter pracy ………………………………………… |
| **OKREŚLENIE WARUNKÓW UCIĄŻLIWYCH WYSTĘPUJĄCYCH NA STANOWISKU PRACY** | Opis warunków wykonywanej pracy na stażu uwzględniający informacje o występowaniu na stanowisku stażu czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy na stażu, z podaniem wielkości narażenia oraz aktualnych wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tym stanowisku – należy wpisać nazwę czynnika/czynników i wielkość/wielkości narażenia:1. Czynniki fizyczne: …………………………….
2. Pyły: ……………………………………………
3. Czynniki chemiczne: ……………………………
4. Czynniki biologiczne: ……………………………
5. Inne czynniki, w tym niebezpieczne: …………………

Łączna liczba czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy na stażu wskazanych to: **……….** |
| **PRZEWIDYWANY CZAS TRWANIA STAŻU** (ilość miesięcy oraz daty od – do) |  |
| **DNI TYGODNIA ORAZ GODZINY ODBYWANIA STAŻU**  |  |
| **DOKŁADNE MIEJSCE ODBYWANIA STAŻU** (adres) |  |

|  |
| --- |
| **OPIS STANOWISKA PRACY (ZAKRES OBOWIAZKÓW/ZADAŃ) STAŻYSTY** (opis czynności wykonywanych na stażu np. tworzenie baz danych, obsługa klientów) w tym nazwę zawodu lub specjalności:  |
|  |
| **WYMAGANIA (formalne, kompetencyjne, osobowościowe) WOBEC STAŻYSTY NIEZBĘDNE DO ROZPOCZĘCIA STAŻU NA DANYM STANOWISKU** (należy wpisać wymagania dotyczące predyspozycji psychofizycznych i zdrowotnych, poziomu wykształcenia oraz minimalnych kwalifikacji niezbędnych do podjęcia stażu na danym stanowisku pracy): |
|  |

**Oświadczenie dotyczące opiekuna stażu**

Oświadczam, iż osoba pełniąca obowiązki opiekuna stażu posiada co najmniej sześciomiesięczny staż pracy na stanowisku, na którym odbywa się staż lub co najmniej dwunastomiesięczne doświadczenie w branży/dziedzinie, w jakiej realizowany jest staż.

…………………………………………………………………………………..

 **(pieczęć i podpis Podmiotu przyjmującego na staż)**

#

|  |
| --- |
| **PROGRAM STAŻU**  |
| **NAZWA STANOWISKA, KTÓREGO DOTYCZY PROGRAM STAŻU** |  |
| **HARMONOGRAM STAŻU**(termin odbywania stażu, dni odbywania stażu, godziny odbywania stażu) |  |
| **DANE OPIEKUNA STAŻU[[2]](#footnote-2)** | **Imię i nazwisko** |  |
| **Stanowisko** |  |
| **Numer telefonu** |  |
| **Adres email** |  |
| **SZCZEGÓŁOWY ZAKRES ZADAŃ WYKONYWANYCH PRZEZ STAŻYSTĘ W TRAKCIE STAŻU** |  |
| **RODZAJ UZYSKIWANYCH KWALIFIKACJI LUB UMIEJĘTNOŚCI ZAWODOWYCH W TRAKCIE STAŻU[[3]](#footnote-3)** |  |
| **TREŚCI EDUKACYJNE ORAZ CELE EDUKACYJNO-ZAWODOWE, JAKIE STAŻYSTA MA PRZYSWOIĆ PODCZAS TRWANIA STAŻU** |  |

………………………………… *Pieczątka i podpis Organizatora Stażu*

**DEKLARACJA ZATRUDNIENIA**

Zobowiązuję się do zatrudnienia Uczestnika/-czki projektu - Stażystę odbywającego u mnie staż – Pana:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko Uczestnika Projektu** |  |
| **PESEL** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **Nr telefonu** |  |

……………………………………………………………………………………………… na podstawie umowy o pracę

na okres **minimum 6 miesięcy** w wymiarze …………….. etatu.

**OŚWIADCZENIA**

Oświadczam, że:

* nie posiadam zaległości podatkowych w Urzędzie Skarbowym,
* nie zalegam z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne,
* nie pozostaję w stanie likwidacji lub upadłości,
* wszystkie podane we wniosku informacje są zgodne ze stanem faktycznym,
* w przypadku pozytywnego rozpatrzenia niniejszego wniosku, zobowiązuję się do podpisania Umowy o zorganizowanie stażu,
* zapoznałam się z Regulaminem organizacji i odbywania projektu „Z POWER-em w przyszłość!”.

……………………………………………………………

**(pieczęć i podpis Podmiotu przyjmującego na staż)**

Załączniki:

1. **Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis.**
2. **Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis, stanowiącym załącznik do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 października 2014 r. (poz. 1543).**

*Załącznik nr 1 do deklaracji przyjęcia na staż w ramach bonu stażowego*

…………………………….………… ………………………………………..

*(nazwa i adres podmiotu ) (miejsce i data)*

**Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis**

Oświadczam, że w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy i poprzedzające go dwa lata kalendarzowe **otrzymałem(am)/nie otrzymałem(am)\*** środków stanowiących pomoc de minimis.

W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie oraz dołączyć stosowne zaświadczenia o otrzymanej pomocy de minimis:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Organ udzielający pomocy** | **Podstawa prawna** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy w euro** | **Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy** |
| 1 |  |  |  |  | - |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
|  |  |  | **Razem:** |  |  |

Ja, niżej podpisany oświadczam, że jestem świadomy/ma odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

 …………………………………..…………………

 ***(podpis Podmiotu )***

\* niepotrzebne skreślić

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Ja, niżej podpisany/a, reprezentujący firmę:

……………………………………………………………….

……………………………………………………………….

………………………………………………………………

wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz danych pracowników w/w firmy

przez:

**Instytut Turystyki w Krakowie Sp. z o.o.**

z siedzibą **ul. Łężce 23, 30-614 Kraków**

NIP: **679-000-51-17** REGON: **351502209**  KRS **0000160041**

w celach związanych z dopełnieniem obowiązków związanych z współrealizacją projektu „Z POWER-em w przyszłość!”

Niniejsze upoważnienie dotyczy przetwarzania danych osobowych w formie tradycyjnej
i elektronicznej.

Podmiot upoważniony do przetwarzania danych, objętych zakresem, o którym mowa wyżej, jest zobowiązany do zachowania ich w tajemnicy, również po ustaniu zatrudnienia oraz zachowania
w tajemnicy informacji o ich zabezpieczeniu.

Dane osobowe zostają usunięte w terminie przewidzianym w przepisach.

|  |  |
| --- | --- |
|  | (Data, miejsce i podpis osoby wyrażającej zgodę) |

*\*niepotrzebne skreślić*

1. Do stanu zatrudnienia nie wlicza się pracodawcy (właściciela firmy) oraz osób zatrudnionych na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło, umowy o pracę nakładczą, uczniów, stażystów, osób korzystających z urlopów wychowawczych, macierzyńskich oraz urlopów bezpłatnych powyżej 3 miesięcy

U wnioskodawcy stażu, który:

1. jest pracodawcą - staż mogą odbywać jednocześnie bezrobotni w liczbie nieprzekraczającej liczby pracowników zatrudnionych u organizatora w dniu składania wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy,

2. nie jest pracodawcą - staż może odbywać jednocześnie jeden bezrobotny. [↑](#footnote-ref-1)
2. Opiekun stażysty odbywającego staż może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż trzema stażystami odbywającymi staż. [↑](#footnote-ref-2)
3. Potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych dokona Organizator stażu w formie pisemnej opinii po zakończeniu stażu. [↑](#footnote-ref-3)