

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O ZORGANIZOWANIE STAŻU

w ramach projektu współfinansowanego przez Unię Europejską
ze środków zmian Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020.

Projekt: „*Siła kompetencji*” nr RPMP.08.04.02-12-0221/18

DANE REALIZATORA: INSTYTUT TURYSTYKI W KRAKOWIE SP. Z O.O.

UL. ŁĘŻCE 23, 30-614 KRAKÓW, NIP: 679 000 51 17

INFORMACJA:

1. Na wszystkie zawarte we wniosku pytania należy udzielić precyzyjnych odpowiedzi.
2. Okres odbywania stażu wynosi **4 miesiące**
3. Wniosek należy złożyć na adres:

Instytut Turystyki w Krakowie sp. z o.,
ul. Zamknięta 10/13, (II piętro), 30-554 Kraków

DANE ORGANIZATORA STAŻU	
PEŁNA NAZWA ORGANIZATORA STAŻU	
MIEJSCE/A PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI PRZEZ ORGANIZATORA STAŻU	
NIP	
REGON	
FORMA PRAWNA	
DATA ROZPOCZĘCIA DZIAŁALNOŚCI	
LICZBA PRACOWNIKÓW FIRMY/ INSTYTUCJI 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 UPOWAŻNIONEJ DO KONTAKTU W SPRAWIE STAŻU (stanowisko, tel., e-mail)	
DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO PODPISANIA UMOWY O ZAWARCIE STAŻU (imię i nazwisko, stanowisko)	

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.

INFORMACJE O OPIEKUNIE STAŻU	
IMIĘ I NAZWISKO ORAZ STANOWISKO OPIEKUNA STAŻYSTY ODBYWAJĄCEGO STAŻ²	
powiązanie opiekuna stażysty z pracodawcy (UM. O PRACĘ / UM ZLECENIE)	
DATA ZATRUDNIENIA OPIEKUNA STAŻYSTY	
INFORMACJE O MIEJSCU / STANOWISKU PRACY:	
STANOWISKO NA KTÓRYM BĘDZIE ODBYWAŁ SIĘ STAŻ:	
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 UCIAŻLIWYCH 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: I. Czynniki fizyczne: II. Pyły: III. Czynniki chemiczne: IV. Czynniki biologiczne: V. 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 (dokładny adres, nr pokoju)	

² Funkcje opiekuna stażysty może pełnić wyłącznie osoba posiadająca co najmniej sześciomiesięczny staż pracy na danym stanowisku, na którym odbywa się staż lub co najmniej dwunastomiesięczne doświadczenie w branży/dziedzinie, w jakiej realizowany jest staż. Wynagrodzenie opiekuna stażysty nie zależy od liczby stażystów, wobec których świadczy te obowiązki.

OPIS STANOWISKA PRACY (ZAKRES OBOWIĄZKÓW/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):

-
-
-
-
-
-

Wnioskodawca posiada / nie posiada* własnych kandydatów:

Imię i nazwisko kandydata, PESEL	
Imię i nazwisko kandydata, PESEL	

Zobowiązuję się po zakończeniu programu stażu do zatrudnienia osoby (osób) objętej stażem zgodnie z poniższymi minimalnymi warunkami:

☐ TAK

☐ NIE

Minimalne warunki zatrudnienia:

1. W przypadku **umowy o pracę**: zatrudnienie na podstawie jednej umowy na nieprzerwany okres co najmniej trzech miesięcy w wymiarze co najmniej 1/2 etatu i z wynagrodzeniem odpowiadającym co najmniej połowie minimalnego wynagrodzenia,
2. w przypadku **umowy cywilnoprawnej**: zatrudnienie na nieprzerwany okres co najmniej trzech pełnych miesięcy z wynagrodzeniem o wartości łącznej wynoszącej co najmniej trzykrotność minimalnego wynagrodzenia lub umowy cywilnoprawnej na okres krótszy niż trzy miesiące pod warunkiem, że wartość wynagrodzenia z umowy jest równa lub wyższa trzykrotności minimalnego wynagrodzenia,
3. w przypadku **umowy o dzieło**, w których nie określono czasu trwania umowy, wartość umowy musi być równa lub wyższa trzykrotności minimalnego wynagrodzenia.

[Wysokość minimalnego wynagrodzenia określana jest corocznie na podstawie ustawy z 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz.U. 2002 r. Nr 200, poz. 1679 z późn. zm.). Uczestnik, co do zasady, powinien zostać zatrudniony na podstawie jednej umowy zawartej minimum na okres trzech pełnych miesięcy, niemniej w przypadku zatrudnienia na podstawie stosunku cywilnoprawnego (np. umowa zlecenie), który jest zawierany w zależności od zakresu zlecenia, mogą to być np. dwie lub więcej umów, zawartych na okres łączny **co najmniej 3 miesięcy.**]

Pouczenie!

Bezrobotny nie może odbywać ponownie stażu u tego samego organizatora na tym samym stanowisku pracy, na którym wcześniej odbywał staż, przygotowanie zawodowe w miejscu pracy lub przygotowanie zawodowe dorosłych. — Bezrobotny nie może odbywać ponownie stażu u tego samego pracodawcy u którego wcześniej był zatrudniony lub wykonywał inną pracę zarobkową.

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań zgodnie z art. 233 § 1 i § 2 K.K. (Dz. U. z 1997 r. nr 88 poz. 553 z późn. zm.) oświadczam, że w dniu złożenia wniosku:

1. Na bieżąco reguluję zobowiązania wobec pracowników, ZUS i Urzędu Skarbowego,
2. W okresie 365 dni przed złożeniem wniosku nie zostałam/em skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych, ani nie jestem objęta/y postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie,
3. W okresie 6 miesięcy przed złożeniem wniosku nie dokonałem zwolnień grupowych pracowników, ani jednostka, którą reprezentuję nie jest w stanie likwidacji lub upadłości,
4. Oświadczam, że zorganizuję staż zgodnie z zaleceniami Rady z dnia 10 marca 2014 r. w sprawie ram jakości staży oraz z Polskimi Ramami Jakości Staży i Praktyk.
5. Nie toczy się w stosunku do jednostki, którą reprezentuję postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację,
6. Zobowiązuję się w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia zawarcia umowy o zorganizowanie stażu do poinformowania Instytut Turystyki w Krakowie Sp. z o.o. o wystąpieniu wszelkich zmian dotyczących danych zawartych we wniosku mających wpływ na zawarcie umowy.
7. Oświadczam, że wskazany opiekun stażu posiada co najmniej 6 miesięczny staż pracy na danym stanowisku, na którym odbywa się staż lub najmniej 12 miesięczne doświadczenie w branży/dziedzinie, w jakiej realizowany jest staż.

Do wniosku załączam skan/y następujących dokumentów:

1. Aktualne zaświadczenie o wpisie do centralnej ewidencji działalności gospodarczej (jeśli istnieje)
2. Aktualny odpis z KRS (jeśli istnieje)
3. Program stażu

ŚWIADOMY/A/I ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA SKŁADANIE FAŁSZYWYCH ZEZNAŃ OŚWIADCZAM/Y, ŻE WSZELKIE PODANE W NINIEJSZYM WNIOSKU DANE SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM.



Pieczęć organizatora stażu



*Podpis/y zgodnie ze wskazanym
właściwych dokumentach*

** niepotrzebne skreślić*

PROGRAM STAŻU	
NAZWA STANOWISKA, KTÓREGO DOTYCZY PROGRAM STAŻU	
HARMONOGRAM STAŻU (<u>termin</u> odbywania stażu, <u>dni</u> odbywania stażu, <u>godziny</u> odbywania stażu)	
DANE OPIEKUNA STAŻU ³	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 ⁴	
TREŚCI EDUKACYJNE ORAZ CELE EDUKACYJNO- ZAWODOWE, JAKIE STAŻYSTA MA PRZYSWOIĆ PODCZAS TRWANIA STAŻU	

.....
Pieczętka i podpis Organizatora Stażu

³ Opiekun stażysty odbywającego staż może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż trzema stażystami odbywającymi staż.

⁴ Potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych dokona Organizator stażu w formie pisemnej opinii po zakończeniu stażu.

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. Łęźce 23, 30-614 Kraków**

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

w celach związanych z dopełnieniem obowiązków związanych z współrealizacją projektu „Siła kompetencji”

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*