**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY PRACODAWCY DO REALIZACJI STAŻU UCZNIOWSKIEGO DLA UCZNIÓW Z ZESPOŁU SZKÓŁ W OŻAROWIE IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE**

**EDYCJA II - w terminie od 30 czerwca do 31 sierpnia 2025 r.**

w projekcie nr FESW.08.04-IZ.00-0026/23 pn. „Profesjonaliści z regionu opatowskiego – podniesienie jakości szkolnictwa branżowego” współfinansowanym przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS +) - Programu Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027, Priorytet 8. Edukacja na wszystkich etapach życia Działanie 08.04 Rozwój szkolnictwa branżowego

|  |  |
| --- | --- |
| **I. Informacje dotyczące Przyjmującego na staż (PRACODAWCY/PRZEDSIĘBIORCY)** | |
| 1. **Nazwa Przyjmującego na staż**   ................................................................................................................................................................................  ..................................... ........................................ REGON PKD  .............................................................  NIP | 1. **Adres Przyjmującego na staż**   ......................................................................................................................................................................  **4. Forma prawna Przyjmującego na staż**  1) przedsiębiorca prywatny  2) przedsiębiorstwo państwowe  Spółka lub jednostka organizacyjna (jaka?) ..................................................   1. **Charakter organizacji**   Czy Przyjmujący na staż/praktykę jest agencją zatrudnienia? TAK / NIE  Nr wpisu do rejestru ...................................  **6. Liczba zatrudnionych pracowników (poza przedsiębiorcą)** ........................................... |
| **2. Nazwisko i stanowisko osoby reprezentującej Przyjmującego na staż (proszę wypełnić wszystkie pola)** ........................................................................................kontakt telefoniczny........................................................  e-mail ............................................................................. |
| **II. Informacje dotyczące oferty stażu (każdy podpunkt dot. innego stanowiska)** | |
| **a) Deklarowana liczba miejsc stażu na stanowisko (podać nazwę i liczbę osób) wraz  z danymi proponowanego opiekuna lub opiekunów stażu**  1. ................................................................... -...............  nazwa stanowiska liczba miejsc    w tym dla osób niepełnosprawnych .........   1. **Dane wstępnie proponowanego opiekuna:**   • Imię i nazwisko ...........................................................  • Stanowisko pracy ........................................................  **3. Charakterystyka lub rodzaj wykonywanej pracy na ww. stanowisku** .......................................................  ................................................................................................................................................................................  **4. Wymiar czasu pracy:**  ..............................................................................  **5. Zmianowość (podkreślić):** jednozmianowa, dwie zmiany, trzy zmiany, ruch ciągły, inne  **6. Godziny pracy:** od .................. do .....................  **7. Termin odbywania stażu:** od .............................. do ....................................................  **8. Miejsce odbywania stażu:** ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  **13. Szkolenie** **BHP (instruktaż ogólny i stanowiskowy)** **dla osoby odbywającej staż wraz z kosztem  w przeliczeniu na osobę** (do zakupu przez Przyjmującego na staż):  ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ | .....................................................................................  ..........................................................................................................................................................................  **9. Nazwa zawodu:** .....................................................................................  **10. Kod zawodu** ………………………………………..  **11. Wymagania/kwalifikacje –oczekiwania** Przyjmującego na staż:  Preferowany kierunek kształcenia: …………………………..........................................................  Umiejętności/uprawnienia  ..........................................................................................................................................................................  Języki obce/stopień znajomości ..................................  ..........................................................................................................................................................................  Inne .....................................................................................  ..........................................................................................................................................................................  **12. Niezbędna odzież robocza oraz doposażenie stanowiska pracy dla osoby odbywającej staż wraz z kosztem w przeliczeniu na osobę** (do zakupu przez Przyjmującego na staż): ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  **14. Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków dla osoby odbywającej staż wraz z kosztem w przeliczeniu na osobę** (do zakupu przez Przyjmującego na staż):  ...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  **15. Oświadczenie Przyjmującego na staż w zależności od wymagań:**  1) osoba odbywająca staż wymaga badań lekarskich – TAK/NIE  Koszt badania lekarskiego w przeliczeniu na osobę ………………….  (do zakupu przez Przyjmującego na staż) |
| **b) Deklarowana liczba miejsc stażu na stanowisko (podać nazwę i liczbę osób) wraz  z danymi proponowanego opiekuna lub opiekunów stażu/praktyki**  1. ................................................................... -...............  nazwa stanowiska liczba miejsc w tym dla osób niepełnosprawnych .........  **2. Dane wstępnie proponowanego opiekuna:**  • Imię i nazwisko ...........................................................  • Stanowisko pracy ........................................................  **3. Charakterystyka lub rodzaj wykonywanej pracy na ww. stanowisku** ............................................................  ................................................................................................................................................................................  **9. Nazwa zawodu:** .....................................................................................  **10. Kod zawodu** ……………………………………….  **11. Wymagania/kwalifikacje – oczekiwania Przyjmującego na staż:**  Preferowany kierunek kształcenia: …………………………..  .....................................................................................  Umiejętności/uprawnienia ..........................................  ...............................................................................................................................................................................  Języki obce/stopień znajomości ....................................  ................................................................................................................................................................................  Inne ...............................................................................  ................................................................................................................................................................................  **12. Niezbędna odzież robocza oraz doposażenie stanowiska pracy dla osoby odbywającej staż wraz z kosztem w przeliczeniu na osobę** (do zakupu przez Przyjmującego na staż):  ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**............................................................13. Szkolenie** **BHP (instruktaż ogólny i stanowiskowy)** **dla osoby odbywającej staż wraz z kosztem  w przeliczeniu na osobę** | **4. Wymiar czasu pracy:**  .....................................................................................  **5. Zmianowość (podkreślić):** jednozmianowa, dwie zmiany, trzy zmiany, ruch ciągły, inne  **6. Godziny pracy:** od .................. do .....................  **7. Termin odbywania stażu:** od ....................... do .....................  **8. Miejsce odbywania stażu:**  ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  (do zakupu przez Przyjmującego na staż)  ..........................................................................................................................................................................  ................................................................................................................................**........................................................................................................................................................................................................**  **14. Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków dla osoby odbywającej staż wraz  z kosztem w przeliczeniu na osobę** (do zakupu przez Przyjmującego na staż):  ..........................................................................................................................................................................  ................................................................................................................................**........................................................................................................................................................................................................**  **15. Oświadczenie Przyjmującego na staż w zależności od wymagań:**  osoba odbywająca staż wymaga badań lekarskich – TAK/NIE  Koszt badania lekarskiego w przeliczeniu na osobę ………………….  (do zakupu przez Przyjmującego na staż) |
| **W przypadku większej liczby opiekunów stażu do zgłoszenia załączam imienny wykaz proponowanych opiekunów z ww. informacjami**. | |
| * informacje przedstawione w Formularzu zgłoszeniowym i załączonych dokumentach są zgodne z prawdą; * zapoznałem się z **Regulamin udziału w stażu w** Projekcie nr FESW.08.04-IZ.00-0026/23 pn. „Profesjonaliści z regionu opatowskiego – podniesienie jakości szkolnictwa branżowego” współfinansowanym przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS +) - Programu Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027, Priorytet 8. Edukacja na wszystkich etapach życia Działanie 08.04 Rozwój szkolnictwa branżowego, akceptuję jego postanowienia i zobowiązuje się do ich przestrzegania; * nie posiadamy zadłużeń z tytułu opłacania składek w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych oraz zobowiązań podatkowych w Urzędzie Skarbowym; * prowadzimy/ nie prowadzimy\*całorocznej działalności gospodarczej; * prowadzona przeze mnie/nas działalność gospodarcza zgodnie z aktualnym wpisem do właściwego rejestru / ewidencji jest i będzie aktywna w okresie zaproponowanego terminu realizacji stażu; * nie toczy się w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację; * w okresie do 365 dni przed zgłoszeniem oferty stażu Przyjmujący na staż nie został ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy oraz nie jest objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy; * zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.   ......................... .................................. ........................................  (data) (podpis i pieczątka Przyjmującego na staż lub osoby  uprawnionej do reprezentowania Przyjmującego na staż) | |

1.Stopień zaangażowania osoby pełniącej funkcję opiekuna stażysty powinien umożliwić realizację wszystkich działań wynikających z pełnionej funkcji, bez uszczerbku dla jakości tych działań. W związku z powyższym na jednego opiekuna stażu zawodowego/praktyki zawodowej nie może przypadać jednocześnie więcej niż 6 stażystów w danym okresie czasu.

2.Stażysta nie może odbywać stażu w niedzielę i święta, w porze nocnej w godzinach od 21.00 do 7.00,   
w systemie pracy zmianowej.

3. Staż dla jednego ucznia wynosi 150 godzin, co do zasady odbywać ma się w okresie wakacyjnymi trwa w sposób nieprzerwany przez 4 kolejno następujące po sobie tygodnie, tj. każdy tydzień w dni robocze od poniedziałku do piątku, maksymalnie 20 dni. Dobowy wymiar czasu pracy stażysty nie może przekraczać 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo.

**UWAGA:**

• Należy czytelnie wypełnić wszystkie punkty niniejszego wniosku.

\* niepotrzebne skreślić