

.....  
(pieczęć Organizatora stażu)

Nr sprawy:

CAZ.I.7.2.7300. ....

**Prezydent Miasta Szczecin**  
za pośrednictwem  
**Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy**  
**w Szczecinie**

## WNIOSEK

### **o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu dla osoby niepełnosprawnej, posiadającej status poszukującego pracy, niepozostającej w zatrudnieniu**

Na podstawie art. 11 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44 tekst jedn. ze zm.) w związku z art. 53 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2025 r. poz. 214 tekst jedn.) oraz w związku z § 1 ust. 1 rozporządzenia MPiPS z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz. U. z 2009 r. Nr 142, poz. 1160) w n i o s k u j ę o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu w pełnym wymiarze czasu pracy dla osoby niepełnosprawnej zarejestrowanej w powiatowym urzędzie pracy, posiadającej status poszukującego pracy, niepozostającej w zatrudnieniu.

#### I. Dane organizatora stażu (pracodawcy):

– firma (nazwa) lub imię i nazwisko.....

.....

– adres.....

– telefon, fax, e-mail .....

– NIP ..... PKD ..... forma prawna<sup>1</sup> .....

– dane osoby upoważnionej do kontaktu z Urzędem Pracy:

imię i nazwisko.....

telefon kontaktowy.....

– liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy .....

– liczba przewidywanych miejsc pracy, na których skierowane osoby będą odbywać staż .....

---

<sup>1</sup> przedsiębiorstwo państwowe, spółdzielnia, spółka prawa handlowego, spółka cywilna, indywidualna działalność gospodarcza, jednostka budżetowa

– liczba osób skierowanych przez powiatowy urząd pracy aktualnie odbywających staż .....

**II. Dane osoby upoważnionej do zawarcia umowy:**

- imię i nazwisko .....
- stanowisko służbowe .....
- telefon kontaktowy .....
- dokładny adres zamieszkania .....

**III. Dane opiekuna, który udzielać będzie osobie odbywającej staż wskazówek i pomocy w wypełnianiu powierzonych zadań:**

- imię i nazwisko opiekuna .....
- zajmowane stanowisko .....
- liczba stażystów będących pod opieką w dniu złożenia wniosku.....

**IV. Proponowany okres odbywania stażu (nie krótszy niż 3 miesiące):**

od ..... do .....

**V. Informacje dotyczące miejsca stażowego:**

- nazwa działu/wydziału organizacyjnego.....
- nazwa stanowiska pracy .....
- nazwa i kod zawodu lub specjalności, zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy<sup>2</sup>  
.....
- wymagania dotyczące poziomu wykształcenia, minimalnych kwalifikacji oraz predyspozycji psychofizycznych i zdrowotnych niezbędnych do podjęcia stażu przez kierowaną osobę na danym stanowisku pracy  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

---

<sup>2</sup> rozporządzenie MPIPS z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U.2018 r. poz. 227).

– dokładny adres miejsca odbywania stażu (ulica, nr lokalu, kod pocztowy, miejscowość)

.....  
.....

**VI. Wskazana przez organizatora osoba, która zostanie przyjęta na staż:\***

– imię i nazwisko .....

– PESEL: .....

\* Osoba niepełnosprawna posiadająca status poszukującego pracy, niepozostająca w zatrudnieniu nie może odbywać stażu u tego samego organizatora na tym samym stanowisku, na którym wcześniej odbywał staż, przygotowanie zawodowe w miejscu pracy lub przygotowanie zawodowe dorosłych.

**INFORMACJE DODATKOWE:**

Czy organizator stażu zamierza powierzyć osobie niepełnosprawnej odpowiednią pracę po ukończeniu przez nią stażu? TAK / NIE (niepotrzebne skreślić)

**OŚWIADCZENIA ORGANIZATORA STAŻU (PRACODAWCY)**

1. Oświadczam, że w okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia niniejszego wniosku o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu składający niniejszy wniosek nie został ukarany ani skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy, ani też nie jest objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.
2. Oświadczam, że w stosunku do składającego wniosek nie toczy się postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.
3. Oświadczam, że składający wniosek nie zalega z opłacaniem w terminie podatków i składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne oraz na inne obowiązkowe fundusze.

**Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy.**

.....  
(data i podpis Organizatora stażu)

**OBOWIĄZUJĄCE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

1. Program stażu dla każdego stanowiska pracy (załącznik nr 1);
2. Kopia aktualnego dokumentu poświadczającego formę prawną podmiotu (nie dotyczy podmiotów, które widnieją w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub w Krajowym Rejestrze Sądowym).
3. Kserokopię poświadczoną za zgodność z oryginałem pełnomocnictwa lub upoważnienia osoby lub osób uprawnionych do podpisywania umowy.

## **Kluczula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych dla wnioskujących o zorganizowanie stażu dla osoby niepełnosprawnej**

Zgodnie z art 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/ WE (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016 r str. 1, ze zm.), dalej RODO, informuję, że:

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Szczecinie z siedzibą w 70-383 Szczecin, ul. Mickiewicza 39, tel.: 91 42 54 900, fax: 91422 55 33, e-mail: [pupszczecin@pupszczecin.pl](mailto:pupszczecin@pupszczecin.pl).
- 2) W Powiatowym Urzędzie Pracy w Szczecinie jest powołany Inspektor Ochrony Danych - dane kontaktowe: tel. +48 91 42 54 926, e-mail: [iod@pupszczecin.pl](mailto:iod@pupszczecin.pl).
- 3) Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu: rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków PFRON, udzielenia środków na podstawie umowy, wypłacenia środków, ich rozliczenia, kontrolowania prawidłowości realizacji umowy oraz zabezpieczenia zwrotu środków, a także zgodności tych czynności z przepisami prawa;
- 4) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie przepisów: ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnienia osób niepełnosprawnych, ustawie z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz przepisów wykonawczych do ustawy w związku z art. 6 ust.1 lit. b i c oraz art.9 ust.2 lit. b RODO;
- 5) Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są: podmioty upoważnione do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa, podmioty z którymi Administrator zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, oraz inne podmioty w celu realizacji określonych w umowie usług (informatycznych, prawnych, doradczych), operatorzy pocztowi;
- 6) Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich;
- 7) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 50 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym zakończono udzielanie pomocy, chyba że przepisy szczególne stanowią okres krótszy;
- 8) Zgodnie z RODO, przysługuje Pani/Panu prawo do: dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia swoich danych w zakresie unormowanym w ogólnym rozporządzeniu o ochronie danych;
- 9) Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/pana narusza przepisy RODO;
- 10) Pani/Pana dane osobowe nie będą poddane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji (profilowaniu);
- 11) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do rozpatrzenia wniosku. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości realizacji celu wskazanego w pkt. 3.

.....

(Data, podpis wnioskodawcy)

DODATKOWE UZGODNIENIA POMIĘDZY  
POWIATOWYM URZĘDEM PRACY A ORGANIZATOREM STAŻU

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
(podpis pracownika PUP)

**PROGRAM STAŻU**  
**dla osoby niepełnosprawnej, posiadającej status poszukującego pracy, niepozostającej**  
**w zatrudnieniu**

1. Nazwa zawodu (zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności: .....

.....

2. Nazwa stanowiska: .....

.....

3. Opiekun stażysty :

- imię i nazwisko .....
- zajmowane stanowisko .....
- telefon służbowy .....

4. Zakres zadań zawodowych wykonywanych przez skierowaną osobę niepełnosprawną:

.....

.....

.....

.....

.....

5. Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:

.....

.....

.....

.....

6. Sposób potwierdzenia nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych:

.....

**Zmiana programu stażu może nastąpić wyłącznie w formie pisemnej, w postaci aneksu do umowy.**

.....  
(podpis i pieczęć Organizatora)

.....  
(PUP Szczecin)

**Oświadczam iż zapoznałem/am się z programem stażu:**

.....  
(podpis stażysty)