Załącznik Nr 1
do Regulaminu organizacji staży w Ośrodku Pomocy Społecznej
Gminy Nowe Miasto Lubawskie z/s w Mszanowie w ramach projektów współfinansowanych
ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego

.....
pieczęć firmowa organizatora

Mszanowo, dnia .....

W N I O S E K

o zawarcie trójstronnej umowy o zorganizowanie stażu zleconego w ramach umowy z OPS Gminy Nowe Miasto Lubawskie z/s w Mszanowie *realizującego Projekt* „OD BIERNOŚCI DO AKTYWNOŚCI" – Nr RPWM.11.01.01-28-0150/16, *współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko - Mazurskiego na lata 2014 – 2020, Oś priorytetowa XI* Włączenie społeczne.

1. Dane dotyczące organizatora:

- nazwa jednostki organizacyjnej lub imię i nazwisko:

……..……..……

- imię, nazwisko i stanowisko osoby upoważnionej do reprezentowania organizatora:

…….....

- seria i nr dowodu osobistego ……..…… wydanego przez

……..…….....*)

- PESEL ……..……, zamieszkały: ……..……*)

- siedziba:…..……..…….

- miejsce prowadzenia działalności:

…….

- tel/fax: .....e-mail: ……..…….

- NIP .....REGON.....PKD……..

- forma prawna działalności .....

- data rozpoczęcia działalności .....

2. Stan zatrudnienia na dzień złożenia wniosku:

- liczba zatrudnionych pracowników ……..

- liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy …….....

3. Liczba przewidywanych miejsc pracy, na których bezrobotni będą odbywać staż …….....

4. Proponowany okres odbywania stażu – 3 miesiące tj. od 01.04.2019 r. do 30.06.2019 r.

5. Miejsce odbywania stażu /adres, telefon/:

.....

6. Tygodniowy wymiar czasu pracy wynosi: ……...

7. Godziny pracy stażysty od ..... do .....

Praca w: sobotę / niedzielę / święta / porze nocnej / systemie zmianowym**)

Uzasadnienie:

……..…….…….....

……...

.....

1 Czas pracy bezrobotnego odbywającego staż nie może przekraczać 40 godzin tygodniowo, a bezrobotnego będącego osobą niepełnosprawną zaliczoną do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności – 35 godzin tygodniowo.
2 W przypadku pracy w niedzielę i święta, w porze nocnej lub w systemie pracy zmianowej prosimy o pisemne uzasadnienie.

8. Opiekun stażysty: .....

/imię i nazwisko - stanowisko - kwalifikacje/doświadczenie zawodowe/

9. Imię, nazwisko i telefon osoby do kontaktu z OPS GMINY NML

Wioleta Spychalska tel. 056 47 26 323

11. Opis zadań jakie będą wykonywane przez bezrobotnego podczas stażu.

Ilość miejsc	Nazwa zawodu lub specjalności zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności	Nazwa komórki organizacyjnej i stanowiska pracy	Zakres zadań zawodowych wykonywanych przez stażystę	Rodzaj uzyskanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych

*) dotyczy wyłącznie osób prowadzących działalność gospodarczą oraz spółek cywilnych

**) niepotrzebne skreślić

……

(pieczęć i podpis organizatora)