.............................................................

Pieczęć firmy/instytucji

Bieszczadzka Agencja Rozwoju

Regionalnego Sp. z o.o.

ul. Rynek 17,

38-700 Ustrzyki Dolne

**WNIOSEK O ZORGANIZOWANIE STAŻU**

**W RAMACH PROJEKTU „*KIERUNEK ZATRUDNIENIE*”** **WSPÓŁFINANSOWANEGO ZE ŚRODKÓW EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO, W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO WOJEWÓDZTWA PODKARPACKIEGO NA LATA 2014-2020**

Staże są przeznaczone dla osób, które stanowią grupę docelową projektu tj. osób w wieku 18-67, zamieszkujących na terenie woj podkarpackiego, biernych zawodowo bądź osób bezrobotnych powyżej 12 miesięcy, które są zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (spełniających wyżej wymienione kryteria łącznie).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **DANE FIRMY/INSTYTUCJI** | |
| 1. | **Nazwa firmy/ instytucji** |  |
| 2. | **Adres siedziby** |  |
| 3. | **Telefon/Fax** |  |
| 4. | **NIP** |  |
| 5. | **REGON** |  |
| 6. | **Forma prawna** |  |
| 7. | **Rodzaj prowadzonej działalności** |  |
| 8. | **Liczba zatrudnionych pracowników** |  |
| **INFORMACJE PROJEKTOWE** | | |
| 9. | **Planowana liczba stażystów w ramach Projektu** |  |
| 10. | **Miejsce odbywania stażu** (adres: miejscowość, kod, ulica, numer budynku/lokalu) |  |
| 11. | **Stanowisko i opis zadań wykonywanych przez stażystę/-tkę lub stażystów/-tki** |  |
| 12. | **Wymagania w stosunku do stażysty/-tki lub stażystów/-tki** (wykształcenie, ukończone kursy/szkolenia, predyspozycje) |  |
| 13. | **Osoba odpowiedzialna za współpracę z Bieszczadzką Agencją Rozwoju Regionalnego Sp. z o.o.** ( imię i nazwisko, telefon kontaktowy) |  |
| 14. | **Po ukończonym stażu deklarują Państwo zatrudnienie Uczestnika/-czkę Projektu w ramach:** | 🞏 Umowy o pracę (w wymiarze min. ½ etatu przez okres 3 miesięcy) |
| 15. | **Czy deklarują Państwo zatrudnienie Uczestników/Uczestniczek Projektu na okres dłuższy niż 3 miesiące?** | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| 16. | **Czy efektem zdobycia przez stażystę nowych kwalifikacji podczas uczestnictwa w certyfikowanych szkoleniach byłaby deklaracja z Państwa strony zatrudnienia Uczestnika /-czki Projektu na okres dłuższy niż 3 miesiące?** | 🞏 TAK 🞏 NIE  Na okres ……………………………………………………… |
| 17. | **Czy deklarują Państwo możliwość zatrudnienia w swojej firmie osób niepełnosprawnych?** | 🞏 TAK 🞏 NIE |

……………………………………………………………. ……………………………………………………………………

Miejscowość, data Pieczątka i podpis

**Oświadczenie**

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania wynikające z art. 233 § 1 Kodeksu karnego, który brzmi:

„Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”:

*Oświadczam, że* ***nie posiadam / ~~posiadam~~****\*) zaległości podatkowych w Urzędzie Skarbowym oraz* ***nie zalegam / ~~zalegam~~****\*) z opłacaniem składek na ubezpieczenie społeczne.*

Oświadczam, że zapoznałem się z regulaminem stażu w ramach projektu: „Kierunek zatrudnienie” i akceptuję jego postanowienia.

**\*** niepotrzebne skreślić

……………………………………………………………………………………………….

Pieczęć i podpis Pracodawcy

**UWAGA! W przypadku pozytywnego zaopiniowania wniosku podpisanie umowy przez osoby wskazane w umowie następuje w Biurze Projektu „Kierunek zatrudnienie”, ul. Rynek 17, 38-700 Ustrzyki Dolne.**

**Do wniosku należy dołączyć:**

* **Aktualny wpis do ewidencji działalności gospodarczej, aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego albo innego rejestru na podstawie którego prowadzona jest działalność gospodarcza. Ww. dokumenty powinny zawierać informacje o rodzaju i zakresie działalności, organach lub osobach upoważnionych do występowania w imieniu wnioskodawcy. W przypadku podpisania wniosku przez osobę nie upoważnioną do reprezentowania wnioskodawcy w w/w dokumentach, należy dołączyć pisemne upoważnienie do reprezentowania wnioskodawcy. Dokumenty powinny być ważne 3 miesiące od daty ich wystawienia – oryginał lub kserokopia wraz z oryginałem do wglądu).**
* **w przypadku spółki cywilnej – umowa spółki – (kserokopia wraz z oryginałem do wglądu).**

……………………………………………………………………………………………….

Pieczęć i podpis Pracodawcy