OŚWIADCZENIE BEZROBOTNEGO SKIEROWANEGO DO ODBYCIA STAŻU

1. Ja niżej podpisany/a: ……………………………………......................................................................................................................
2. Podejmuję staż u organizatora stażu ………….................................................................................................................................................

na stanowisku ………………………………………………………………..………………….…………………………………………………………………

w okresie od ………………….….…………............................. do .................................................................

1. Zobowiązuję się do:
* sumiennego i starannego wykonywania czynności i zadań objętych programem stażu oraz stosowania się do poleceń organizatora stażu, opiekuna oraz upoważnionych przez niego osób, jeżeli nie są sprzeczne z przepisami prawa,
* przestrzegania ustalonego czasu odbywania stażu oraz regulaminu pracy i porządku obowiązującego u organizatora,
* przestrzegania przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy a także przepisów przeciwpożarowych,
* dbania o dobro zakładu pracy oraz zachowania w tajemnicy informacji, których ujawnienie mogłoby narazić organizatora na szkodę,
* przestrzegania u organizatora zasad współżycia społecznego.
1. Zostałem/am poinformowany/a o okolicznościach pozbawienia mnie możliwości kontynuowania stażu w przypadku:
* opuszczenia z przyczyn nie usprawiedliwionych więcej niż jednego dnia stażu,
* naruszenia podstawowych obowiązków określonych w regulaminie pracy, a w szczególności zakłócenia porządku, stawienia się na staż w stanie po spożyciu alkoholu lub spożywania alkoholu w miejscu odbywania stażu,
* usprawiedliwionej nieobecności uniemożliwiającej zrealizowanie programu stażu.
1. Poinformuję PUP w Myśliborzu o istotnych zdarzeniach mających wpływ na prawidłową realizację odbywanego stażu.
2. Zostałem/am poinformowany/a o konieczności sporządzenia sprawozdania z przebiegu stażu zawierającego informacje o wykonywanych zadaniach oraz uzyskanych kwalifikacjach lub umiejętnościach zawodowych i dostarczenia sprawozdania wraz z opinią organizatora stażu do PUP w Myśliborzu w terminie 7 dni od dnia otrzymania niniejszej opinii - **w 2 egzemplarzach (oryginał + kopia).**
3. Zostałem/am poinformowany/a, że zgodnie z Art.53 ust.7a *Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r.o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* (*Dz. U. z 2023r. poz. 735 tekst jednolity)* pracodawca jest obowiązany do udzielenia mi 2 dni wolnych za każde 30 dni kalendarzowych odbywania stażu, za ostatni miesiąc odbywania stażu pracodawca jest obowiązany udzielić dni wolnych przed upływem terminu zakończenia stażu.
4. Zostałem poinformowany o ***deklaracji/ braku deklaracji***\* zatrudnienia po odbytym stażu:

Informacje na temat zatrudnienia po stażu (wypełnia pracownik PUP w przypadku deklaracji zatrudnienia):

|  |  |
| --- | --- |
| **RODZAJ UMOWY** |  |
| **WYMIAR CZASU PRACY** |  |
| **OKRES ZATRUDNIENIA** |  |
| **WYSOKOŚC WYNAGRODZENIA** |  |

\*niepotrzebne skreślić

1. Przyjmuję do wiadomości, że:
2. W przypadku nie ukończenia stażu z własnej winy, z wyjątkiem podjęcia zatrudnienia, będę zobowiązany do zwrotu poniesionych kosztów przez PUP w Myśliborzu (np. zwrot kosztów dojazdu do miejsca odbywanego stażu z miejsca zamieszkania).
3. Staż może zostać przerwany z przyczyn niezależnych od PUP w Myśliborzu.
4. Będę otrzymywał/a stypendium w wysokości 120% kwoty zasiłku dla bezrobotnego, obowiązującego w danym czasie, za każdy miesiąc odbywania stażu zgodnie z *Ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.*
5. Zostanę zapoznany/a przez organizatora stażu z programem stażu zawartym w umowie o odbywanie stażu.
6. Jeżeli charakter pracy wymaga dodatkowych badań lekarskich np. sanitarnych – książeczka zdrowia nie będących w gestii finansowania przez PUP w Myśliborzu bądź organizatora stażu zobowiązuje się do ich przeprowadzenia na własny koszt.

**Oświadczam, iż nie ubiegam się dotychczasowo o przyjęcie na I rok nauki w systemie dziennym.**

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

 podpis pracownika PUP podpis bezrobotnego

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

 miejscowość data tu poniesionych k