

OŚWIADCZENIE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ POSZUKUJĄCEJ PRACY SKIEROWANEJ DO ODBYCIA STAŻU U ORGANIZATORA

Ja niżej podpisany(a)

zamieszkały(a)

.....

Nr PESEL:, numer telefonu

OŚWIADCZAM, ŻE:

1. Wyrażam zgodę na skierowanie mnie do odbycia stażu do organizatora (nazwa i adres miejsca odbywania stażu):
.....
.....
na okres do 6 miesięcy.
2. Zobowiązuję się do:
 - a) zgłaszania się w wyznaczonych terminach w Powiatowym Urzędzie Pracy,
 - b) zawiadomienia organizatora stażu o niezdolności do pracy w terminie 2 dni od dnia wystawienia zaświadczenia o niezdolności do pracy wskutek choroby na druku określonym w odrębnych przepisach (ZUS ZLA) lub elektronicznego zaświadczenia lekarskiego e-ZLA oraz dostarczenia tego zaświadczenia do organizatora stażu w terminie 7 dni od dnia jego wystawienia,
 - c) zawiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy o podjęciu zatrudnienia, innej pracy zarobkowej, działalności gospodarczej albo o wystąpieniu innych okoliczności powodujących utratę statusu osoby bezrobotnej lub utratę prawa do stypendium oraz dostarczenia dokumentu potwierdzającego w/w fakt w terminie 7 dni,
 - d) sumiennego i starannego wykonywania czynności i zadań objętych programem stażu oraz stosowania się do poleceń organizatora stażu i opiekuna i upoważnionych przez niego osób, jeżeli nie są sprzeczne z przepisami prawa,
 - e) przestrzegania ustalonego przez organizatora stażu rozkładu czasu pracy,

- f) przestrzegania przepisów i zasad obowiązujących pracowników zatrudnionych w zakładzie pracy, w szczególności regulaminu pracy, tajemnicy służbowej, zasad bezpieczeństwa i higieny pracy oraz przepisów przeciwpożarowych,
 - g) sporządzenia sprawozdania z przebiegu stażu zawierającego informacje o wykonanych zadaniach oraz uzyskanych kwalifikacjach lub umiejętnościach,
 - h) niezwłocznego powiadomienia Urzędu o nie realizowaniu przez organizatora stażu warunków odbywania stażu,
3. Zostałem(am) poinformowany(a) o okolicznościach pozbawienia mnie możliwości kontynuowania stażu w przypadku:
- a) opuszczenia z przyczyn nieusprawiedliwionych więcej niż jednego dnia stażu,
 - b) naruszenia podstawowych obowiązków określonych w regulaminie pracy, a w szczególności zakłócenia porządku, stawienia się na staż w stanie po spożyciu alkoholu, narkotyków lub środków psychotropowych lub spożywania na stanowisku pracy alkoholu, narkotyków lub środków psychotropowych,
 - c) usprawiedliwionej nieobecności uniemożliwiającej zrealizowanie programu stażu,
 - d) osiągnięcia przychodu wymienionego wyżej,
 - e) pozostawania niezdolnym do pracy wskutek choroby lub przebywania w zakładzie leczenia odwykowego przez nieprzerwany okres 90 dni, przy czym za okres nieprzerwany uważa się również okresy niezdolności do pracy wskutek choroby oraz przebywania w zakładzie leczenia odwykowego w sytuacji, gdy każda kolejna przerwa między okresami niezdolności wynosi mniej niż 30 dni kalendarzowych.
4. Zobowiązuję się do przedłożenia w Urzędzie opinii organizatora stażu wraz ze sprawozdaniem z przebiegu stażu w **terminie 7 dni od dnia otrzymania opinii.**
5. Zapoznałem(am) się z przepisami ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity: Dz. U. z 2022 r. poz. 690 z późniejszymi zmianami) a także z treścią rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz. U. z 2009 r. Nr 142, poz. 1160).
6. W przypadku nie ukończenia stażu z własnej winy, z wyjątkiem podjęcia zatrudnienia, innej pracy zarobkowej, podjęcia działalności gospodarczej lub nauki w systemie stacjonarnym, będę zobowiązany(a) do zwrotu poniesionych kosztów stażu, do których należą koszty badań lekarskich oraz zrefundowane koszty przejazdu.
7. Wyrażam zgodę na potrącenie z nieodebranego należnego stypendium, zasiłku lub innego świadczenia, kosztów stażu (badań lekarskich, kosztów przejazdu lub innych) poniesionych przez tut. Urząd w przypadku rezygnacji z mojej winy ze stażu.
8. Wyrażam zgodę na przekazywanie stypendium należnego z tytułu odbywania stażu na moje konto i zobowiązuję się do niezwłocznego każdorazowego powiadomienia o zmianie numeru konta i danych niezbędnych przy wpłacie na konto.

9. **Zostałem(am) poinformowany(a), że w przypadku niedostarczenia listy obecności przez organizatora stażu w terminie do 5-go dnia każdego miesiąca, stypendium z tytułu odbywania stażu nie zostanie naliczone w ustawowym terminie.**
10. Otrzymałem(am) jeden egzemplarz: „Informatora dla osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy skierowanej do odbycia stażu”.

.....
(podpis pracownika PUP)

.....
**(data i podpis osoby niepełnosprawnej
poszukującej pracy skierowanej
do odbycia stażu)**

W dniu poinformowano (*forma kontaktu*)
w/w osobę, o ustalonym z organizatorem stażu terminie odbywania stażu, tj.
od do

.....
(data i podpis pracownika PUP)