

.....
/pieczęć firmowa wnioskodawcy/

.....
/miejscowość, data/

**Powiatowy Urząd Pracy
w Limanowej**

**Wniosek
o zorganizowanie prac interwencyjnych**

na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (jedn. tekst. Dz.U.z 2008r. Nr 69, poz. 415 z późn. zm.) i w Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 stycznia 2009 r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenie społeczne (Dz.U.2009 nr 5, poz. 25)

I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY:

1. Pełna nazwa wnioskodawcy:

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

2. Adres siedziby i telefon wnioskodawcy:

.....
.....

3. Regon : EKD(PKD) NIP:

4. Forma organizacyjno - prawna prowadzonej działalności:

5. Imię i Nazwisko właściciela /lub osoby uprawnionej do podpisania umowy:

.....
nr . telefonu. : e-mail :

II DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI PRAC INTERWENCYJNYCH:

1. Liczba osób bezrobotnych przewidzianych do zatrudnienia:

2. Stanowiska pracy przewidziane dla bezrobotnych:

- nazwa stanowiska:

- ilość miejsc pracy:

- wymagane kwalifikacje:

- wnioskowany okres zatrudnienia bezrobotnych: miesięcy

- w wymiarze czasu pracy: etat

3. Miejsce wykonywania pracy :

4. Czy wnioskodawca korzystał wcześniej z Funduszu Pracy? (właściwe zaznaczyć)

nie

tak,

jeżeli tak to podać w jakiej formie:

dotacja, prace interwencyjne, staże, przygotowanie zawodowe,

inne (podać jakie):

5. Czy pracodawca zatrudni osoby pracujące w ramach prac interwencyjnych po zakończeniu okresu refundowanego, jeżeli tak to ile osób i na jaki czas :

.....

Wypełnia Urząd :

A/ Opinia Działu Instrumentów Rynku Pracy:

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

Data:
.....
(podpis specjalisty ds. aktywizacji)

B/ Opinia Działu Usług Rynku Pracy :

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

Data:
.....
(podpis pośrednika pracy)

C/ Opinia Działu Instrumentów Rynku Pracy dotycząca warunków umowy :

1. Wynegocjowany termin zawarcia umowy :
2. Ilość bezrobotnych
- .
3. Ilość bezrobotnych zatrudnionych po zakończeniu prac i na jaki okres:
4. Tryb refundacji

Data:
.....
(podpis specjalisty ds. aktywizacji)

Akceptuję / Nie akceptuję zorganizowanie prac interwencyjnych dla osób, w terminie
od do

Data:
.....
(podpis Dyrektora PUP)