



Piotrków Tryb. dnia.....

.....
/pieczęć organizatora/

**Powiatowy Urząd Pracy
w Piotrkowie Trybunalskim**

WNIOSEK O ORGANIZACJĘ ROBÓT PUBLICZNYCH

na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2025 r. poz. 214 ze.zm.) oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca 2014 r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne (Dz. U. z 2014 r., poz. 864).

1. Nazwa i adres organizatora robót publicznych

.....
.....

tel. _ _ - _ _ _ _ _ _ _ _ fax _ _ - _ _ _ _ _ _ _ _

e-mail:

NIP _ _ _ - _ _ _ - _ _ - _ , REGON _ _ _ _ _ _ _ _ , EKD _ _ _ _ _

FORMA PRAWNA:

2. Nazwa stanowiska pracy.....

.....

3. Rodzaj wykonywanych prac, przy których będą zatrudnieni bezrobotni:

.....
.....

4. Miejsce wykonywania pracy:

5. Liczba bezrobotnych proponowana do zatrudnienia w ramach robót publicznych:

a) _ _ _ w okresie od _ _ - _ _ - _ _ _ _ _ do _ _ - _ _ - _ _ _ _ _

b) _ _ _ w okresie od _ _ - _ _ - _ _ _ _ _ do _ _ - _ _ - _ _ _ _ _



6. Proponowana efektywność zatrudnieniowa:
- a)osób na okresmiesiący
- b) osób na okresmiesiący
7. Wysokość składki na ubezpieczenie wypadkowe: ____%
8. Wysokość proponowanego wynagrodzenia dla zatrudnionych bezrobotnych
9. Wnioskowana wysokość refundowanego wynagrodzenia z Funduszu Pracy za każdego bezrobotnego zatrudnionego w ramach robót publicznych:
- _____ zł + _____% FUS od tej kwoty.
10. Kwalifikacje i inne niezbędne wymagania dotyczące kandydatów do pracy: (*wykształcenie, staż pracy, umiejętność, specjalność, inne*):
-
-
11. Organizator wskazuje i upoważnia do zawarcia z Powiatowym Urzędem Pracy umowy o zatrudnienie bezrobotnych w ramach robót publicznych Pracodawcę (*nazwa i adres jeżeli pracodawcą nie będzie Organizator składający wniosek*):
-
-
-

tel. ____-____-____ fax ____-____-____

e-mail:

NIP ____-____-____, REGON _____, EKD _____

FORMA PRAWNA:

Wysokość składki na ubezpieczenie wypadkowe: ____%

Dane osób reprezentujących Pracodawcę:

nazwisko i imię

stanowisko

nazwisko i imię

stanowisko

Oświadczenie Organizatora

Oświadczam, że nie zalegam / zalegam* z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych.

Świadomi odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 k.k.), oświadczamy, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

.....
/data/

.....
/podpis organizatora/

Załączniki:

1. Kserokopia dokumentu poświadczającego formę prawną istnienia instytucji (np. uchwała Rady i statut, rozporządzenie o utworzeniu publicznej jednostki organizacyjnej),
2. Dokument potwierdzający pełnomocnictwo osoby do reprezentacji jednostki organizacyjnej (np. akt mianowania lub powołania, upoważnienie).