

Projekt: **Rozwój systemu kształcenia o profilu praktycznym w ramach Słupskiego Ośrodka Akademickiego (SOA)**

Program operacyjny: **Regionalny Program Operacyjny Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020**

Oś priorytetowa: **4. Kształcenie zawodowe**

Działanie: **4.2. Infrastruktura uczelni prowadzących kształcenie o profilu praktycznym**

Numer umowy o dofinansowanie: **RPPM.04.02.00-22-0004/16-00**

## UMOWA ZLECENIE <sup>1</sup>Nr .....

zawarta w dniu ..... r. w Słupsku

pomiędzy:

**Słupską Izbą Przemysłowo–Handlową na Region Słupski**

z siedzibą: ul. Sienkiewicza 19, 76-200 Słupsk

NIP: 839-19-71-432

w imieniu której działa: **Ryszard Kurpiel – Dyrektor Izby**

zwaną dalej Zleceniodawcą

na podstawie Pełnomocnictwa .....

a

Panią/Panem ..... zamieszkałą/zamieszkałym

.....  
zwanym dalej Zleceniobiorcą.

### § 1

Zleceniobiorca zobowiązuje się do:

1. Przygotowania wspólnie ze Stażystą/stką Programu stażu w formie pisemnej na 7 dni przed rozpoczęciem stażu.

Program powinien zawierać minimum:

- a) konkretne cele edukacyjne (kompetencje i umiejętności), które osiągnie Stażysta/stka,
- b) zakres obowiązków Stażysty/stki,
- c) szczegółowe zasady dotyczące wyposażenia stanowiska pracy Stażysty/stki podczas odbywania stażu zawodowego,
- d) procedury monitorowania stopnia realizacji celów edukacyjnych.

Program stażu zostanie opracowany we współpracy z Podmiotem przyjmującym na staż i Zleceniodawcą i uzyska ich pisemną akceptację.

2. Opracowania wspólnie ze Stażystą/stką harmonogramu stażu w formie pisemnej na 7 dni przed rozpoczęciem stażu (wzór harmonogramu stanowi Załącznik nr 1 do niniejszej umowy).

---

<sup>1</sup> Dopuszcza się zmiany w podpisanej umowie w stosunku do niniejszego wzoru, które mogą wynikać z powodów formalnych, w tym np. z potrzeby dostosowania wzoru umowy do statusu prawnego Opiekuna Stażysty (osoba fizyczna/podmiot prawny)

3. Nadzoru nad prawidłową realizacją stażu.
4. Prowadzenia miesięcznej karty czasu pracy.
5. Przygotowania pełnej dokumentacji potwierdzającej odbycie stażu.

## § 2

1. Zlecenie będzie wykonywane w okresie od ..... r. do ..... r.  
w .....  
(miejsce wykonywania zlecenia)
2. Strony umowy mogą określić inne szczegółowe zasady wykonywania zlecenia.

## § 3

1. Zleceniodawca zobowiązuje się za wykonaną usługę określoną w §1 zapłacić Zleceniobiorcy wynagrodzenie w wysokości ogółem ..... (brutto),  
słownie: .....  
w tym<sup>2</sup> VAT ....., słownie: .....
2. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust.1, jest współfinansowane ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020.
3. Potwierdzeniem czasu wykonywania czynności określonych w §1 umowy będzie comiesięczna, pisemna ewidencja godzin i zadań zaakceptowana przez ....., przechowywana w ..... (wzór ewidencji stanowi Załącznik nr 2 do niniejszej umowy).
4. Zleceniobiorca<sup>3</sup> zobowiązuje się do nieprzekraczania miesięcznego limitu zaangażowania zawodowego (w wysokości 276 godzin), o którym mowa w podrozdziale nr 6.15 pkt 8 litera b) *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014 – 2020* (Oświadczenie stanowi Załącznik nr 3 do niniejszej umowy).
5. Ewidencję, o której mowa w ust.3, Zleceniobiorca przedkłada nie później niż do dnia 5 następnego miesiąca.
6. Rozliczenie wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1 będzie następować po przedłożeniu przez Zleceniobiorcę oświadczeń<sup>4</sup>: Oświadczenia o innych tytułach do składek ZUS (Oświadczenie stanowi Załącznik nr 4 do niniejszej umowy), Oświadczenia podatnika do obliczenia podatku dochodowego od osób fizycznych (Oświadczenie stanowi Załącznik nr 5 do niniejszej umowy) oraz rachunku/faktury składanego najpóźniej do dnia 10 następnego miesiąca.

<sup>2</sup> Zapis do dostosowania w zależności od statusu Opiekuna Stażysty (osoba fizyczna/podmiot prawny)

<sup>3</sup> Dotyczy przypadku zawarcia umowy na wykonanie umownego przedmiotu zamówienia z osobami stanowiącymi personel projektu w rozumieniu, o którym mowa w rozdziale nr 2 pkt 1 litera r) *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014 – 2020*

<sup>4</sup> Zapis do dostosowania w zależności od statusu Opiekuna Stażysty (osoba fizyczna/podmiot prawny)

7. Należne wynagrodzenie Zleceniodawca przekaże na rachunek Zleceniobiorcy Nr.....

w terminie do dnia 20 danego miesiąca kalendarzowego następującego po zakończonym miesiącu rozliczeniowym, po uprzednim przedstawieniu kompletnej dokumentacji, o której mowa w ust. 3 do 5.

#### § 4

1. Zleceniobiorca przy wykonywaniu czynności objętej zleceniem korzysta ze swobody, jednak przy uwzględnieniu celu umowy i wytycznych Zleceniodawcy.
2. W przypadku potwierdzonych zastrzeżeń, co do jakości wykonywanych usług, Zleceniodawca może rozwiązać umowę w każdym czasie.

#### § 5

1. Zleceniobiorca nie może powierzyć wykonania czynności objętych zleceniem innym osobom, chyba że pisemną zgodę na to wyrazi Zleceniodawca.

#### § 6

1. W sprawach nie uregulowanych umową zastosowane mają przepisy Kodeksu Cywilnego.
2. Zmiany umowy będą dokonywane na piśmie pod rygorem nieważności.

#### § 7

Umowa została sporządzona w 3 jednobrzmiących egzemplarzach, z czego 2 otrzymuje Zleceniodawca a 1 Zleceniobiorca.

**ZLECENIODAWCA:**

**ZLECENIOBIORCA :**

.....  
(pieczęć i podpis osoby upoważnionej)

.....  
(czytelny podpis)

#### ZAŁĄCZNIKI

1. wzór harmonogramu stażu
2. wzór ewidencji godzin (karta czasu pracy)
3. Oświadczenie personelu projektu
4. Oświadczenie o innych tytułach do składek ZUS
5. Oświadczenie podatnika do obliczenia podatku dochodowego od osób fizycznych

Projekt: **Rozwój systemu kształcenia o profilu praktycznym w ramach Słupskiego Ośrodka Akademickiego (SOA)**

Program operacyjny: **Regionalny Program Operacyjny Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020**

Oś priorytetowa: **4. Kształcenie zawodowe**

Działanie: **4.2. Infrastruktura uczelni prowadzących kształcenie o profilu praktycznym**

Numer umowy o dofinansowanie: **RPPM.04.02.00-22-0004/16-00**

Załącznik nr 1  
do UMOWY ZLECENIE Nr.....  
z dnia .....

### HARMONOGRAM STAŻU

Stażysta .....

Okres trwania stażu: .....

miesiąc I			miesiąc II			miesiąc III		
Data	od - do	Liczba godzin	Data	od - do	Liczba godzin	Data	od - do	Liczba godzin

.....  
*podpis Stażysty/stki*

.....  
*podpis Opiekuna Stażysty*

.....  
*podpis i pieczęć Podmiotu przyjmującego na staż*

**KARTA CZASU PRACY**

/protokół odbioru potwierdzający wykonanie zadań w ramach projektu/

- 1) Za okres **PAŹDZIERNIK 2017** **2017-10-01** **2017-10-31**
- 2) Beneficjent: Akademia Pomorska w Słupsku
- 3) Tytuł projektu: Rozwój systemu kształcenia o profilu praktycznym w ramach Słupskiego Ośrodka Akademickiego (SOA)
- 4) Numer projektu: RPPM.04.02.00-22-0004/16-00
- 5) Imię i Nazwisko
- 6) Stanowisko: \_\_\_\_\_  
 w instytucji: \_\_\_\_\_  
 w projekcie: \_\_\_\_\_
- 7) Deklarowany miesięczny czas pracy w ramach projektu: \_\_\_\_\_ 30 godzin

Dzień miesiąca	Zadania wykonywane na rzecz lub w ramach projektu (należy wpisać wykonane zadania zgodnie z zakresem obowiązków)	Czas pracy w projekcie od godziny ... do godziny .... (należy wpisać godzinę rozpoczęcia i godzinę zakończenia pracy w projekcie, w ciągu dnia może to być kilka okresów czasowych)	Liczba godzin zegarowych w danym dniu	Liczba dni zaangażowania w projekcie (należy wpisać 1 jeśli dotyczy, 0 w przeciwnym wypadku)
1	niedziela			
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8	niedziela			
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15	niedziela			
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22	niedziela			
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29	niedziela			
30				
31				
<b>SUMA</b>			0	0

Oświadczam, iż moje łączne zaangażowanie zawodowe w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych beneficjenta i innych podmiotów w rozliczonym miesiącu wynosi nie więcej niż 276 godzin zegarowych.

*data i podpis pracownika*

**Zatwierdzam Kartę Czasu Pracy**

*data i podpis Koordynatora Projektu*

Beneficjent: **Akademia Pomorska w Słupsku**

Projekt: **Rozwój systemu kształcenia o profilu praktycznym w ramach Słupskiego Ośrodka Akademickiego (SOA)**

Program operacyjny: **Regionalny Program Operacyjny Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020**

Oś priorytetowa: **4. Kształcenie zawodowe**

Działanie: **4.2. Infrastruktura uczelni prowadzących kształcenie o profilu praktycznym**

Numer umowy o dofinansowanie: **RPPM.04.02.00-22-0004/16-00**

Stanowisko w projekcie: **Opiekun Stażysty**

Forma zaangażowania w projekcie: **umowa zlecenie**

Wymiar czasu pracy w projekcie: **30 godzin miesięcznie**

**Załącznik 3**

### **Oświadczenie personelu<sup>1</sup> projektu<sup>2</sup>**

Ja, niżej podpisany/a .....

*(czytelne imię i nazwisko osoby)*

numer PESEL ..... świadom/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, iż na dzień składania niniejszego oświadczenia:

1. nie pracuję w instytucji uczestniczącej w realizacji Programu Operacyjnego<sup>3</sup> na podstawie stosunku pracy<sup>4</sup>,
2. pracuję w instytucji uczestniczącej w realizacji Programu Operacyjnego na podstawie stosunku pracy, niemniej nie zachodzi konflikt interesów<sup>5</sup> bądź podwójne finansowanie w przypadku zaangażowania w niniejszym projekcie<sup>6</sup>,
3. zobowiązuję się do przedłożenia/przedkładania beneficjentowi protokołu/protokołów odbioru zadań

<sup>1</sup> Personel projektu – osoby zaangażowane do realizacji zadań lub czynności w ramach projektu na podstawie stosunku pracy, osoby samozatrudnione w rozumieniu lit. p, osoby współpracujące w rozumieniu art. 13 pkt 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 963, z późn. zm.) oraz wolontariusze wykonujący świadczenia na zasadach określonych w ustawie z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2016 r. poz. 1817, z późn. zm.).

<sup>2</sup> Oświadczenie dotyczy zaangażowania zawodowego w realizację wszystkich projektów współfinansowanych z funduszy strukturalnych (tzn. Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego i Europejskiego Funduszu Społecznego) i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych beneficjenta i innych podmiotów.

<sup>3</sup> Jako instytucję uczestniczącą w realizacji Programu Operacyjnego rozumie się Instytucję Zarządzającą Programem Operacyjnym lub instytucję, do której Instytucja Zarządzająca Programem Operacyjnym delegowała zadania związane z zarządzaniem Programem Operacyjnym.

<sup>4</sup> Przekreślić ten punkt, jeśli nie dotyczy.

<sup>5</sup> Konflikt interesów jest rozumiany jako naruszenie zasady bezinteresowności i bezstronności, tj. w szczególności: przyjmowanie jakiegokolwiek formy zapłaty za wykonywanie zadań mających związek lub kolidujących ze stanowiskiem służbowym. Podejmowanie dodatkowego zatrudnienia lub zajęcia zarobkowego mogącego mieć negatywny wpływ na sprawy prowadzone w ramach obowiązków służbowych, prowadzenie szkoleń, o ile mogłoby to mieć negatywny wpływ na bezstronność prowadzenia spraw służbowych.

<sup>6</sup> Przekreślić ten punkt, jeśli nie dotyczy.

lub czynności w ramach niniejszego projektu<sup>7</sup>, potwierdzającego/potwierdzających prawidłowe wykonanie zadań lub czynności, liczbę oraz ewidencję godzin w danym miesiącu kalendarzowym, poświęconych na wykonanie zadań lub czynności w projekcie,

4. zapewniam, iż moje łączne zaangażowanie zawodowe w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych beneficjenta i innych podmiotów wynosi nie więcej niż **276 godzin zegarowych na miesiąc**<sup>8</sup>,
5. zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia beneficjenta o każdej zmianie mojego zaangażowania zawodowego w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych beneficjenta i innych podmiotów, które będzie skutkowało przekroczeniem dopuszczalnego limitu **276 godzin zegarowych na miesiąc**,
6. **w przypadku wystąpienia nieprawidłowości w zakresie spełnienia powyższego warunku**, związanego z godzinowym limitem zaangażowania w miesiącu, zobowiązuję się do niezwłocznego zwrotu środków, które zostaną uznane za niekwalifikowane, na rzecz beneficjenta.

01.02.2018.....  
data i czytelny podpis osoby zaangażowanej do projektu

---

<sup>7</sup> Z wyłączeniem przypadków, gdy osoba wykonuje zadania na podstawie stosunku pracy, a dokumenty związane z jej zaangażowaniem **wyraźnie wskazują** na jej godziny pracy.

<sup>8</sup> Limit zaangażowania zawodowego (276 godzin miesięcznie), dotyczy wszystkich form zaangażowania zawodowego, w szczególności: a) w przypadku stosunku pracy lub oddelegowania – uwzględnia liczbę dni roboczych w danym miesiącu wynikających ze stosunku pracy lub oddelegowania, przy czym do limitu wlicza się czas nieobecności pracownika związanej ze zwolnieniami lekarskimi i urlopem wypoczynkowym, a nie wlicza się czasu nieobecności pracownika związanej z urlopem bezpłatnym, b) w przypadku stosunku cywilnoprawnego, kontraktu menadżerskiego oraz innych form zaangażowania – uwzględnia czas faktycznie przepracowany, w tym czas zaangażowania w ramach własnej działalności gospodarczej poza projektami (o ile dotyczy).

Beneficjent: Akademia Pomorska w Słupsku

Projekt: **Rozwój systemu kształcenia o profilu praktycznym w ramach Słupskiego Ośrodka Akademickiego (SOA)**

Program operacyjny: **Regionalny Program Operacyjny Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020**

Oś priorytetowa: **4. Kształcenie zawodowe**

Działanie: **4.2. Infrastruktura uczelni prowadzących kształcenie o profilu praktycznym**

Numer umowy o dofinansowanie: **RPPM.04.02.00-22-0004/16-00**

Stanowisko w projekcie: **Opiekun Stażysty**

Forma zaangażowania w projekcie: **umowa zlecenie**

Wymiar czasu pracy w projekcie: **30 godzin miesięcznie**

#### Załącznik 4

Słupsk, dnia .....

Imię i nazwisko Zleceniobiorcy.....

pesel .....

adres.....

#### OŚWIADCZENIE (o innych tytułach do składek ZUS)

1. Jako Zleceniobiorca oświadczam, iż oprócz podpisanej z SIPH umowy zlecenia, jestem zatrudniony..... (tak lub nie) na umowę .....(wpisać rodzaj umowy: umowa o pracę, zlecenie, inna) w ..... (nazwa zakładu pracy) w wymiarze .....(podać wymiar etatu) na czas .....(do kiedy zawarta umowa) i mam co miesiąc odprowadzane składki zdrowotne i społeczne do ZUS **od podstawy stanowiącej co najmniej minimalne wynagrodzenie.....(wpisać: tak lub nie).**

Informacja: Zgodnie z nowymi przepisami posiadanie wyłącznie zlecenia w innym zakładzie pracy nie zwalnia z obowiązku opłacania składek społecznych do ZUS z kolejnej umowy zlecenia (z pewnymi wyjątkami dotyczącymi przychodu).

1a. Prowadzę działalność pozarolniczą (gospodarczą, wolny zawód, jako twórca, artysta, inna).....(tak lub nie) .....(podać jaką) i mam odprowadzane składki społeczne i zdrowotne z w/w działalności od pełnej podstawy (60% przeciętnego wynagrodzenia).....(tak lub nie), lub odprowadzam składki preferencyjne (od 30% minimalnego wynagrodzenia)..... (tak lub nie).

2. Przebywam na urlopie bezpłatnym, macierzyńskim, wychowawczym.....(tak lub nie)

3. Nie jestem nigdzie zatrudniony (a) ..... (tak lub nie) i dodatkowo wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym ..... (tak lub nie)

4. Posiadam decyzję o przyznaniu emerytury, lub renty .....(tak lub nie)

5. Jestem studentem.....(tak lub nie).....

.....(podać nazwę uczelni, rok i rodzaj studiów, oraz przewidywany termin ich ukończenia)

**W razie wszelkich zmian mojej sytuacji związanej z ubezpieczeniem w ZUS, w trakcie trwania umowy zlecenia, zobowiązuję się do poinformowania o tym SIPH jako Zleceniodawcy.**

....., dnia.....

.....  
Czytelny podpis składającego oświadczenie (Zleceniobiorcy)



Beneficjent: **Akademia Pomorska w Słupsku**

Projekt: **Rozwój systemu kształcenia o profilu praktycznym w ramach Słupskiego Ośrodka Akademickiego (SOA)**

Program operacyjny: **Regionalny Program Operacyjny Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020**

Oś priorytetowa: **4. Kształcenie zawodowe**

Działanie: **4.2. Infrastruktura uczelni prowadzących kształcenie o profilu praktycznym**

Numer umowy o dofinansowanie: **RPPM.04.02.00-22-0004/16-00**

Stanowisko w projekcie: **Opiekun Stażysty**

Forma zaangażowania w projekcie: **umowa zlecenie**

Wymiar czasu pracy w projekcie: **30 godzin miesięcznie**

**Załącznik 5**

### OŚWIADCZENIE

podatnika do obliczenia podatku dochodowego od osób fizycznych  
(Ustawa z dn.28.07.1991 r. Dz .U nr 80 poz.350)  
oraz dla celów ubezpieczenia społecznego  
(Ustawa z dn. 13.10.1998 r. Dz. U nr 137,poz. 887 z późn. zm.)  
oraz dla celów ubezpieczenia zdrowotnego.

NAZWISKO.....

NAZWISKO RODOWE.....

IMIONA 1. .... 2.....

PESEL .....OBYWATELSTWO .....

IMIĘ OJCA.....IMIĘ MATKI.....

MIEJSCE URODZENIA.....DATA URODZENIA.....

PASZPORT- SERIA..... NR.....  
(w przypadku cudzoziemców)

ADRES ZAMELDOWANIA: MIEJSCOWOŚĆ.....

UL.....NR DOMU.....NR MIESZKANIA.....

KOD POCZTOWY .....GMINA.....

ADRES ZAMIESZKANIA.....

URZĄD SKARBOWY W .....UL.....

NAZWA FUNDUSZU ZDROWIA.....

USTALONE PRAWO DO EMERYTURY (RENTY).....

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.....

PRZYZNANY OD.....DO.....

Prosimy wypełnić TAK lub NIE, w przypadku zawierania z SIPH umowy zlecenia:

OSIĄGAM DOCHODY RÓWNE lub PRZEKRACZAJĄCE MINIMALNE WYNAGRODZENIE-.....

(tzn. mam co miesiąc opłacane składki ZUS od co najmniej minimalnego wynagrodzenia z tytułu umowy o pracę na pełnym etacie w innym zakładzie pracy .....

lub prowadzę działalność pozarolniczą i mam z tego tytułu opłacane składki od pełnej podstawy.....)

Pracuję wyłącznie na umowie zlecenie (zleceniach) w innym zakładzie pracy.....

NIE JESTEM NIGDZIE ZATRUDNIONY I NIE OSIĄGAM DOCHODÓW W WYSOKOŚCI CO NAJMNIJ MINIMALNEGO WYNAGRODZENIA .....

oraz wnoszę o objęcie mnie dodatkowo dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.....

JESTEM STUDENTEM .....

(prosimy podać nazwę uczelni, rok studiów i przewidywany termin ich ukończenia)

**Zobowiązuję się do informowania o zmianach w danych dot. zgłoszenia do ubezpieczeń**

.....  
data i podpis składającego oświadczenie.

.....  
data i podpis przyjmującego oświadczenie