UWAGA: Wniosek wypełnij czytelnie, uzupełnij każdy punkt wniosku. Wszystkich poprawek dokonaj poprzez skreślenie i zaparafowanie. Jeżeli jakieś rubryki nie znajdą w Twoim przypadku zastosowania, wpisz „nie dotyczy”, „brak” lub „-”.

|  |
| --- |
| WYPEŁNIA URZĄD: Wniosek nr **WPI.670. .2025** |

Miejscowość: …………………, data: .............................

Pieczęć wnioskodawcy: .....................................................

# Powiatowy Urząd Pracy w Myślenicach

# WNIOSEK O ORGANIZACJĘ PRAC INTERWENCYJNYCH DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ POSZUKUJĄCEJ PRACY NIEPOZOSTAJĄCEJ W ZATRUDNIENIU

na podstawie art. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t.j.: Dz.U. 2024 poz. 44, z późn. zm.) oraz art. 51, 56 i 59 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. 2024 poz. 475, z późn. 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, z późn. zm.).

1. Nazwa pracodawcy: ....................................................................................................................
2. Adres siedziby: ............................................................................................................................
3. Adres do korespondencji: ……………………………………………………..………………………..
4. Miejsce prowadzenia działalności: ...............................................................................................
5. Tel./fax: ................................................ adres e-mail: ……………………..……………...………... adres strony internetowej: ............................................................................................................
6. Imię i nazwisko osoby uprawnionej do występowania w imieniu pracodawcy: ......................................................................................................................................................
7. Imię i nazwisko oraz nr telefonu osoby do kontaktu: …………………………………..……………
8. NIP: ..................................... REGON: ........................................ PKD: ....................................
9. Data rozpoczęcia działalności gospodarczej: .............................................................................
10. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności: ............................................................
11. Wielkość podmiotu ubiegającego się o pomoc (zaznacz właściwe):

Mikroprzedsiębiorca Mały przedsiębiorca Średni przedsiębiorca Duży przedsiębiorca

1. Nazwa banku: ..............................................................................................................................
2. Numer rachunku bankowego:Miejsce na wpisanie pierwszej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie drugiej cyfry nr rachunku bankowego Miejsce na wpisanie trzeciej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie czwartej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie piątej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie szóstej cyfry nr rachunku bankowego Miejsce na wpisanie siódmej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie ósmej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie dziewiątej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie dziesiątej cyfry nr rachunku bankowego Miejsce na wpisanie jedenastej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie dwunastej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie trzynastej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie czternastej cyfry nr rachunku bankowego Miejsce na wpisanie piętnastej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie szesnastej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie siedemnastej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie osiemnastej cyfry nr rachunku bankowego Miejsce na wpisanie dziewiętnastej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie dwudziestej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie dwudziestej pierwszej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie dwudziestej drugiej cyfry nr rachunku bankowego Miejsce na wpisanie dwudziestej trzeciej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie dwudziestej czwartej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie dwudziestej piątej cyfry nr rachunku bankowegoMiejsce na wpisanie dwudziestej szóstej cyfry nr rachunku bankowego
3. **Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe:** ...................................................
4. W jakim okresie rozliczasz składki ZUS od wynagrodzenia danego miesiąca (zaznacz właściwe):

* W deklaracji ZUS DRA dotyczącej danego miesiąca (np. wynagrodzenie dotyczące marca 2025 r. ujmowane jest w deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA 01.03.2025)
* W deklaracji ZUS DRA dotyczącej kolejnego miesiąca (np. wynagrodzenie dotyczące marca 2025 r. ujmowane jest w deklaracji rozliczeniowej ZUS DRA 01.04.2025)

1. Liczba osób proponowanych do zatrudnienia: ...............................................................
2. Liczba pracowników zatrudnionych w dniu składania wniosku ogółem: ………………................
3. Liczba zatrudnionych pracowników, w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, na dzień złożenia wniosku wynosi: ……………………………………………………………………………….
4. Miejsce wykonywanych prac: ......................................................................................................

(UWAGA: w przypadku innego miejsca wykonywania pracy niż adres siedziby firmy lub adres dodatkowych miejsc pracy wskazanych w podstawie prawnej prowadzonej działalności, przedstaw dokumenty potwierdzające prawo użytkowania lokalu – np. umowa najmu, umowa użyczenia)

1. Nazwa zawodu i kod zawodu (zgodnie z klasyfikacją zawodów – dostępna na stronie internetowej www.myslenice.praca.gov.pl):................................................................................
2. Nazwa stanowiska pracy:.............................................................................................................
3. Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez osobę niepełnosprawną poszukującą pracy skierowaną przez Urząd:

* .....................................................................................................................................................
* .....................................................................................................................................................
* .....................................................................................................................................................
* ……………………………………………………………………………………………………………..

1. Niezbędne i pożądane wymagania kwalifikacyjne i inne wymagania do wykonywania pracy, jakie powinny spełniać osoby niepełnosprawne skierowane przez Powiatowy Urząd Pracy w Myślenicach:
2. minimalne wykształcenie (zaznacz „X” przy rodzaju wykształcenia, które powinien posiadać kandydat do pracy. Jeżeli jest to warunek konieczny do podjęcia pracy wpisz „X” w rubryce „niezbędne”. Jeżeli wykształcenie to nie jest konieczne do zatrudnienia, a będzie jedynie dodatkowym atutem kandydata do pracy, wpisz „X” w rubryce „pożądane”. Dodatkowo wpisz kierunek tego wykształcenia w kolumnie nr 4):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj wykształcenia | **Niezbędne** | **Pożądane** | Kierunek wykształcenia |
| podstawowe/ gimnazjalne |  |  | **niezbędn**e w kierunku:  ……………………….…  **pożądane** w kierunku:  …………………………. |
| zasadnicze zawodowe/ branżowe |  |  |
| średnie ogólnokształcące |  |  |
| policealne i średnie zawodowe/ branżowe |  |  |
| wyższe |  |  |

1. staż pracy (zaznacz wpisując „X” oraz określ liczbę miesięcy i zawód):

* niezbędny (wpisz liczbę miesięcy) ………….; w zawodzie: ………………………………...
* pożądany (wpisz liczbę miesięcy) ………….; w zawodzie: …………….…………………...

1. wymagane kwalifikacje (umiejętności/uprawnienia):

* niezbędne (wymień jakie): …………………………………….………………..……………...
* pożądane (wymień jakie): …………………………………….………………………………...

1. dodatkowe wymagania: ....................................................................................................

**(UWAGA: W przypadku uzupełnienia stanowiska pracy wymagania jakie powinny spełniać osoby skierowane przez Powiatowy Urząd Pracy nie mogą zostać zwiększone!)**

1. **Wnioskowany okres refundacji:**

**liczba miesięcy ...................................... ; wymiar czasu pracy...............................................**

1. **Deklaruję utrzymanie stanowiska pracy po okresie refundacji, o którym mowa w pkt 24, przez okres ............................ miesięcy w wymiarze czasu pracy .........................................**
2. Proponowany termin zatrudnienia (od - do): od ………………..…….. do ....................................
3. Tryb pracy (zaznacz właściwe): stacjonarna/ hybrydowa/ zdalna
4. System i rozkład czasu pracy (zaznacz właściwe): jedna zmiana / dwie zmiany/ trzy zmiany/ inne (wpisz jakie, określ czy praca dotyczy również dni wolnych (tj. soboty, niedziele i święta): .....................................................................................................................................................
5. Godziny pracy (od – do): ............................................................................................................
6. Proponowana wysokość wynagrodzenia brutto (miesięcznie w zł): ............................................
7. Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów poniesionych na wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanej osoby niepełnosprawnej .................................... zł wraz ze składką na ubezpieczenie społeczne od refundowanego wynagrodzenia..

# ZAŁĄCZNIKI DO ZŁOŻONEGO WNIOSKU:

1. Oświadczenie wnioskodawcy
2. Klauzula informacyjna w zakresie przetwarzania danych osobowych wnioskodawcy.
3. Oświadczenie o niepodleganiu sankcjom w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę.
4. Oświadczenie o uzyskanej pomocy de minimis, pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie – dotyczy beneficjentów pomocy de minimis lub pomocy de minimis w rolnictwie.
5. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis lub (jeżeli dotyczy) formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc de minimis, stanowiący załącznik rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz. U. nr 121, poz. 810) – dotyczy beneficjentów pomocy de minimis lub pomocy de minimis w rolnictwie.
6. W przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej kopia podstawy prawnej prowadzonej działalności. W przypadku spółki cywilnej dodatkowo umowa spółki cywilnej. W przypadku szkół, przedszkoli należy przedłożyć akt założycielski szkoły, przedszkola lub pierwsze strony statutu oraz pełnomocnictwo dyrektora szkoły, przedszkola do składania oświadczeń woli.
7. Umocowanie do reprezentowania wnioskodawcy w sytuacji gdy osoba podpisująca wniosek i umowę nie jest upoważniona do reprezentowania wnioskodawcy w stosownym dokumencie rejestrowym.

**Wymienione wyżej załączniki są niezbędne do rozpatrzenia wniosku.**

**WAŻNE: Wszystkie załączniki będące kserokopiami muszą być poświadczone za zgodność z oryginałem.**

**Dyrektor rozpatrując wniosek może żądać od Wnioskodawcy dodatkowych informacji, wyjaśnień lub przedłożenia dokumentów, mających wpływ na rozpatrzenie i realizację wniosku.**

**Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

Pieczęć i podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej: .......................................................

# Załącznik nr 1

Pieczątka wnioskodawcy: ………………………………

**Oświadczenie**

Oświadczam, że nie jestem w stanie likwidacji lub upadłości oraz, że w dniu złożenia wniosku:

1. nie zalegam z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych;
2. nie zalegam z opłacaniem innych danin publicznych;
3. nie posiadam nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
4. w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku nie byłem/łam karany za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (t.j.: Dz. U. 2024 poz. 17, z późn. zm.) lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (t.j.: Dz.U. 2023 poz. 659, z późn. zm.);
5. nie zmniejszyłem/łam wymiaru czasu pracy pracownika i nie rozwiązałem/łam stosunku pracy z pracownikiem w drodze dokonanego przeze mnie wypowiedzenia w okresie ostatnich 3 miesięcy;
6. spełniam warunki określone w: ustawie z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t. j. Dz. U. z 2024 poz. 475, z późn. zm.); rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 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, z późn. zm.); rozporządzeniu Komisji UE 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 2023/2831 z 15.12.2023) lub jeżeli dotyczy rozporządzeniu Komisji UE nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013 r. str. 9);
7. nie otrzymałem(łam) decyzji Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem;
8. nie podlegam wyłączeniom wynikającym z art. 1 ust. 1 Rozporządzenia Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 2023/2831 z 15.12.2023);
9. zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy o refundację prac interwencyjnych dla skierowanego bezrobotnego, otrzymam pomoc publiczną;
10. w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku nie zostałem/łam ukarany/na lub skazany/na prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy oraz nie jestem objęty/ta postepowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.

Pieczęć i podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej: .............................................................

Załącznik nr 2

KLAUZULA INFORMACYJNA W ZWIĄZKU Z PRZETWARZANIEM DANYCH OSOBOWYCH DLA WNIOSKODAWCY W ZWIĄZKU Z UBIEGANIEM SIĘ I REALIZACJĄ INSTRUMENTÓW FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PFRON

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE.L Nr 119), zwanego dalej RODO, Powiatowy Urząd Pracy w Myślenicach informuje, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Myślenicach, (zwany dalej Urzędem) mający siedzibę przy ul. Drogowców 2,   
   32-400 Myślenice, tel. 12 372-96-04.
2. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych ma charakter dobrowolny. Jednak odmowa podania danych osobowych skutkuje brakiem możliwości realizacji usług i form wsparcia dla pracodawców.
3. Pani/Pana dane, w tym dane osobowe przetwarzane są w celu:
4. realizacji zadań przez Urząd i wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO;
5. realizacji zadań przez Urząd i wykonywania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. e RODO, ujętych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t. j. Dz. U. 2024 poz. 475, z późn. zm.), ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. 2024 poz. 44, z późn. zm.) oraz aktów wykonawczych wydanych na ich podstawie;
6. rozpoznanie złożonego wniosku oraz przyznanie dofinansowania i jego rozliczenie przez PFRON.
7. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych mogą być:
8. Podmioty publiczne – na podstawie przepisów prawa;
9. Podmioty, które przetwarzają dane osobowe na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych;
10. PFRON oraz Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Myślenicach w związku ze wspólnym korzystaniem przez te podmioty z Systemu Obsługi Wsparcia finansowanego ze środków PFRON, zwanego dalej „Systemem SOW”;
11. Podmioty, które na podstawie umów zawartych z administratorami Systemu SOW świadczą usługi wsparcia, np. prawne, pocztowe, informatyczne oraz podmiot świadczący usługi serwisowe dla Systemu SOW.
12. Pani/Pana dane, w tym dane osobowe związane z realizacją zadania publicznego będą przechowywane przez okres niezbędny do zakończenia danej formy wsparcia oraz w obowiązkowym okresie przechowywania dokumentacji archiwalnej ustalonej zgodnie z odrębnymi przepisami.
13. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawienia i sprostowania oraz w zakresie wynikających z przepisów do usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania.
14. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego do przetwarzania danych osobowych, jeśli uzna Pani/Pan, że dane te są przetwarzane niezgodnie z przepisami prawa.
15. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych może Pani/Pan skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość pisemnie na adres siedziby Urzędu lub na adres poczty elektronicznej: [iod@praca.myslenice.pl](mailto:iod@praca.myslenice.pl)..

Otrzymałam/em

Data i podpis: ..…………………………………………

# Załącznik nr 3

Miejscowość: …………………………, data: ………..……………………...

Pieczęć: ………………………………

**Oświadczenie o niepodleganiu sankcjom w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę**

Oświadczam, że nie jestem związany z osobami lub podmiotami, względem których stosowane są środki sankcyjne nałożone w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę, i które figurują na stosownych listach, zarówno unijnych, jak i krajowych oraz że sam nie znajduję się na takiej liście.

Jednocześnie zobowiązuje się do złożenia stosownego oświadczenia, w przypadku wystąpienia takiego powiązania bądź gdy zostanę objęty sankcjami, o których mowa powyżej od dnia złożenia niniejszego wniosku do dnia zawarcia umowy oraz w trakcie jej realizacji. Oświadczenie zostanie złożone niezwłocznie od wystąpienia zdarzenia opisanego w zdaniu poprzednim.

Czytelny podpis wnioskodawcy: …………………….…………………………………………………..

Niniejsze oświadczenie służy stosowaniu:

1. rozporządzenia Rady (WE) nr 765/2006 z dnia 18 maja 2006 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z sytuacją na Białorusi i udziałem Białorusi w agresji Rosji wobec Ukrainy;
2. rozporządzenia Rady (UE) nr 269/2014 z dnia 17 marca 2014 r. w sprawie środków ograniczających w odniesieniu do działań podważających integralność terytorialną, suwerenność i niezależność Ukrainy lub im zagrażających;
3. rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie.

Listy osób i podmiotów, względem których stosowane są środki sankcyjne znajdują się w załącznikach do regulacji unijnych oraz w rejestrze zamieszczonym na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji.

**Wypełnia Powiatowy Urząd Pracy:**

Weryfikacji podmiotu dokonano w dniu ……………… wynik: POZYTYWNY/NEGATYWNY

Podpis pracownika PUP: …………………………………

#### Załącznik nr 4

Miejscowość: ………………………., data: ……………………………………

Pieczęć: ……………………………..

**OŚWIADCZENIE O UZYSKANEJ POMOCY DE MINIMIS I POMOCY DE MINIMIS W ROLNICTWIE LUB RYBOŁÓWSTWIE**

Oświadczam, iż (zaznacz prawdziwe stwierdzenie wpisująca X w odpowiednią kratkę):

* w okresie trzech minionych lat**[[1]](#footnote-1)** **nie uzyskałem/łam** pomocy de minimis i/lub pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie*.*
* w okresie trzech minionych lat**[[2]](#footnote-2)** **uzyskałem/łam** pomoc de minimis i/lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie w następującej wielkości (wypełnij poniższą tabelę):

| Lp. | Podmiot udzielający pomocy | Podstawa prawna otrzymanej pomocy | Dzień udzielenia pomocy  (dzień-miesiąc-rok) | Wartość pomocy brutto | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| w PLN | w EUR |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Łączna wartość de minimis** | | | |  |  |

Informuję, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym.

Pieczęć, podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej: ..............................................................

1. **3 minione lata należy rozumieć w ten sposób, że jeśli składasz niniejsze oświadczenie na przykład w dniu 01 lipca 2025 r., uwzględnieniu podlega pomoc de minimis i pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie udzielona począwszy od dnia 1 lipca 2022 r.** (okres wyrażony w tygodniach, miesiącach lub latach rozpoczyna się na początku pierwszej godziny pierwszego dnia okresu i wygasa wraz z upływem ostatniej godziny dnia ostatniego tygodnia, miesiąca lub roku, który jest takim samym dniem tygodnia lub przypada na tę samą datę, co dzień, w którym okres się rozpoczyna. Jeżeli w okresie wyrażonym w miesiącach lub latach dzień, w którym powinien wygasnąć okres, nie wystąpił w tym miesiącu, okres kończy się wraz z upływem ostatniej godziny ostatniego dnia tego miesiąca) [↑](#footnote-ref-1)
2. Zobacz przypis powyżej. [↑](#footnote-ref-2)