Załącznik nr 2 do Regulaminu rozpatrywania i przyznawania refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego, skierowanego poszukującego pracy opiekuna osoby niepełnosprawnej lub poszukującego pracy absolwenta.

**Powiatowy Urząd Pracy w Myślenicach**

# WNIOSEK o refundację ze środków Funduszu Pracy kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy żłobkom lub klubom dziecięcym, podmiotom świadczącym usługi rehabilitacyjne dla skierowanych bezrobotnych, skierowanych opiekunów lub skierowanych poszukujących pracy absolwentów.

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA: **NR KONKURSU - …………../2024**

WYPEŁNIA URZĄD: **NR WNIOSKU - WPI.630. …… .2024**

UWAGA: Wniosek uzupełnij **czytelnie,** wpisz treść w każdym wyznaczonym punkcie. Wszystkich poprawek dokonaj poprzez skreślenie i zaparafowanie. Jeżeli poszczególne rubryki nie znajdą w konkretnym przypadku zastosowania, wpisz „nie dotyczy”, „brak” lub „-”.

Na podstawie:

1. Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. 2023 poz. 735, z późn. zm.),
2. Rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 lipca 2017r. w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej (Dz. U. 2022 poz. 243).

**WNIOSKUJĘ**

**o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia ……… stanowisk/a pracy:**

* **dla skierowanych bezrobotnych, opiekunów lub poszukujących pracy absolwentów w kwocie …………….…………zł.**

**UWAGA: kwota refundacji nie może być wyższa niż 6-krotne przeciętne wynagrodzenie i jest proporcjonalna do wymiaru czasu pracy zatrudnionego skierowanego bezrobotnego, skierowanego opiekuna lub poszukującego pracy absolwenta, który może zostać zatrudniony co najmniej w połowie wymiaru czasu pracy.**

1. Pełna nazwa i adres siedziby wnioskodawcy (lub imię, nazwisko i adres zamieszkania):   
   ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
2. Adres korespondencyjny: ............................................................................................................
3. Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby uprawnionej do występowania w imieniu wnioskodawcy: ............................................................................................................................
4. Numer telefonu: ........................................., adres e-mail: ..........................................................  
   adres strony internetowej ............................................................................................................
5. Forma prawna prowadzonej działalności wnioskodawcy: ...........................................................  
   .....................................................................................................................................................
6. Data rozpoczęcia działalności: ....................................................................................................
7. NIP ............................................................ REGON ...................................................................
8. W przypadku osoby fizycznej PESEL ........................................................................................
9. Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności zgodnie z PKD: .........................................
10. Forma opodatkowania podatkiem dochodowym (właściwe zaznacz oraz wpisz stawkę):

* karta podatkowa
* księga przychodów i rozchodów ………..%
* pełna księgowość ….……..%
* ryczałt od przychodów ewidencjonowanych

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. Wielkość podmiotu ubiegającego się o pomoc (właściwe zakreślić):

Mikroprzedsiębiorca Mały przedsiębiorca Średni przedsiębiorca Duży przedsiębiorca

1. Liczba wyposażonych lub doposażonych stanowisk pracy dla skierowanych bezrobotnych, opiekunów poszukujących pracy absolwentów: ..........................................................................
2. **Miejsce** wykonywania pracy przez skierowanych: bezrobotnych, opiekunów lub poszukujących pracy absolwentów (w przypadku innego miejsca wykonywania pracy niż adres siedziby firmy lub adres dodatkowych miejsc pracy wskazanych w podstawie prawnej prowadzonej działalności gospodarczej, przedstaw dokumenty potwierdzające prawo użytkowania lokalu – np. umowa najmu, umowa użyczenia) ......................................................  
   .....................................................................................................................................................
3. Nazwa zawodu i kod zawodu (zgodnie z klasyfikacją zawodów – dostępną na stronie internetowej www.praca.myslenice.pl) ........................................................................................
4. Nazwa stanowiska pracy .............................................................................................................
5. Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowanych: bezrobotnych, opiekunów lub poszukujących pracy absolwentów

* ..............................................................................................................................................
* ..............................................................................................................................................
* ..............................................................................................................................................
* ..............................................................................................................................................
* .............................................................................................................................................

1. Wymagania kwalifikacyjne **i inne wymagania niezbędne do wykonywania pracy**, jakie powinni spełniać skierowani przez Powiatowy Urząd Pracy w Myślenicach: bezrobotni, opiekunowie, poszukujący pracy absolwenci – uzupełnij każde pole:
2. minimalne wykształcenie:

* bez znaczenia
* zasadnicze zawodowe - kierunek: .................................................................................
* średnie ogólnokształcące
* średnie zawodowe - kierunek/ specjalność ...................................................................
* wyższe – kierunek/ specjalność ....................................................................................

1. doświadczenie zawodowe na danym stanowisku pracy: ......................................................
2. wymagane kwalifikacje (umiejętności/uprawnienia): ............................................................
3. dodatkowe wymagania: ........................................................................................................

**(w przypadku uzupełnienia stanowiska pracy wymagania jakie powinni spełniać skierowani przez Powiatowy Urząd Pracy w Myślenicach: bezrobotni, opiekunowie lub poszukujący pracy absolwenci, nie mogą zostać zwiększone).**

1. System i rozkład czasu pracy (właściwe zakreśl):  
   jedna zmiana/ dwie zmiany/ trzy zmiany/ inne (wpisz jakie) .......................................................
2. Godziny pracy od ................................................... do ...............................................................
3. Proponowana wysokość wynagrodzenia (miesięcznie w zł): ......................................................
4. Deklaruję utrzymanie (wpisz ilu) **…………… stanowisk/a pracy** przez okres minimum 24 miesięcy w wymiarze czasu pracy (wpisz w jakim) **……………** dla **skierowanych bezrobotnych, opiekunów lub poszukujących pracy absolwentów**.
5. Po upływie ustawowo wymaganego okresu zatrudnienia tj. 24 miesięcy, deklaruję dalsze zatrudnienie osób bezrobotnych, opiekunów lub poszukujących pracy absolwentów skierowanych przez PUP, przez okres (wpisz ilu) ......................................miesięcy w wymiarze czasu pracy (wpisz w jakim) ..............................................
6. Liczba pracowników zatrudnionych w dniu składania wniosku ogółem: .....................................
7. Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy na dzień złożenia wniosku wynosi: ...........................................................................................................
8. Proponowana forma zabezpieczenia zwrotu otrzymanej refundacji (właściwe zakreśl):
9. Weksel z poręczeniem wekslowym (co najmniej 1 poręczyciel na każde 15 000,00 zł wnioskowanej kwoty):

|  | Poręczyciel | Poręczyciel | Poręczyciel |
| --- | --- | --- | --- |
| Wpisz: Imię i nazwisko |  |  |  |
| Wpisz: Źródło dochodu (zatrudnienie/ działalność gospodarcza/ emerytura, renta/ inne (wpisz jakie) |  |  |  |
| Miesięczne wynagrodzenie w kwocie brutto/ dochód co najmniej 5.000,00 zł brutto – wpisz TAK lub NIE |  |  |  |

Poręczycielem nie może być:

* współmałżonek osoby prowadzącej podmiot, który ubiega się o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy,
* pracownik podmiotu ubiegającego się o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego,
* małżeństwo pozostające w małżeńskiej wspólności majątkowej.

1. Inna (wpisz jaka ...................................................................................................................)

# Załączniki do złożonego wniosku:

1. Zatrudnienie w okresie ostatnich 6 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku.
2. Kalkulacja wydatków dla poszczególnych stanowisk pracy oraz źródła ich finansowania.
3. Szczegółowa specyfikacja i harmonogram wydatków dotyczących wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, w szczególności na zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn, w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowiska pracy z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wymaganiami ergonomii.
4. Oświadczenie żłobka, klbu dziecięcego lub podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne.
5. Oświadczenie o uzyskanej pomocy de minimis, pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.
6. Klauzula informacyjna w zakresie przetwarzania danych osobowych wnioskodawcy.
7. Oświadczenie o niepodleganiu sankcjom w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę.
8. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.
9. Informacja o posiadaniu wpisu w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, a w przypadku jego braku podstawę prawną prowadzonej działalności (w przypadku: spółki cywilnej- dodatkowo umowa spółki cywilnej; spółki z o.o., spółki akcyjnej i innych podmiotów podlegających obowiązkowi wpisu do KRS należy przedłożyć aktualny odpis z KRS-u).

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

**Złożony wniosek wraz z dokumentacją nie podlega zwrotowi.**

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

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem rozpatrywania i przyznawania refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego, skierowanego poszukującego pracy opiekuna osoby niepełnosprawnej lub poszukującego pracy absolwenta w Powiatowym Urzędzie Pracy w Myślenicach.

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

# pieczęć i podpis wnioskodawcy Załącznik nr 1

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

pieczęć wnioskodawcy miejscowość, data

**Zatrudnienie w okresie 6 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku wynosiło:**

| Lp. | Miesiąc, rok | Liczba pracowników ogółem | W tym: zatrudnienie na podstawie umowy o pracę | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|
| Pełny wymiar | ½ etatu | ¼ etatu | Inne  ………….  etatu |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |

**W sytuacji dokonania zwolnienia w ciągu ostatnich 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku wskaż przyczynę i podaj liczbę osób:**

* za wypowiedzeniem dokonanym przez Wnioskodawcę: ................................. (liczba osób),
* na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników: .......... (liczba osób),
* z innych przyczyn – wskaż jakich i liczbę osób: .....................................................................
* zmniejszenie wymiaru czasu pracy pracownika: .............................................. (liczba osób),
* zmniejszenie wymiaru czasu pracy pracownika na podstawie art. 15g ust. 8 lub art. 15gb ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nim sytuacji kryzysowych (Dz. U. 2021 poz. 2095, z późn. zm.) - zwaną dalej ustawą COVID–19, lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19 (dotyczy podmiotu): ............................ (liczba osób),

**W przypadku zmniejszenia stanu zatrudnieniu, w ciągu 6 miesięcy poprzedzających złożenie wniosku, przedstaw do wglądu w Urzędzie świadectwa pracy osób zwolnionych.**

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

pieczęć i podpis wnioskodawcy

# Załącznik nr 2

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

(pieczęć wnioskodawcy)

**Kalkulacja wydatków na wyposażenie lub doposażenie dla poszczególnych stanowisk pracy oraz źródła ich finansowania**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa  stanowiska pracy | Wydatki związane ze stanowiskiem pracy | | Źródło finansowania | | |
| WŁASNE kwota brutto w zł | OBCE | |
| Kwota brutto  w zł | wpisz jakie |
| Wyszczególnienie wydatku | Kwota brutto w zł |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| X | Razem | X |  |  |  | X |

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

pieczęć i podpis wnioskodawcy

# Załącznik nr 3

**………………………………**

(pieczęć wnioskodawcy)

**Szczegółowa specyfikacja i harmonogram wydatków dotyczących wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, w szczególności na zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn, w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowiska pracy   
z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wymaganiami ergonomii**

Urząd oceniać będzie celowość, zasadność i przydatność zaproponowanych przez Wnioskodawcę wydatków

| Lp. | Wyszczególnienie wydatku dla wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy | Przybliżona wartość wydatku  (kwota brutto w zł) | Uzasadnienie wydatku (uzasadnij potrzebę każdego zakupu oraz jego cenę) | Przewidywany termin zakupu |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| X | Razem |  | X | X |

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

pieczęć i podpis wnioskodawcy

# Załącznik Nr 4

**………………………………**

(pieczęć wnioskodawcy)

#### Oświadczenie żłobka, klubu dziecięcego lub podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne

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

1. nie zalegam z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
2. nie zalegam z opłacaniem w terminie innych danin publicznych;
3. nie posiadam nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
4. prowadzę działalność gospodarczą, w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018r. – Prawo przedsiębiorców (Dz. U. 2023 poz. 221, z późn. zm.) **przez okres 6 miesięcy** bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, przy czym do wskazanego prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia wykonywania działalności gospodarczej;
5. 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 (Dz. U. 2022 poz. 1138, 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);
6. **nie rozwiązałem(am)** stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez żłobek lub klub dziecięcy lub podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz **zobowiązuję się** do nierozwiązywania stosunku pracy za wypowiedzeniem bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji;
7. **w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji, (zaznacz właściwe):**

* [ ]nie obniżyłem(am) i nie zamierzam obniżyć wymiaru czasu pracy pracownika,
* [ ] obniżyłem(am) lub zamierzam obniżyć wymiar czasu pracownika na podstawie art. 15g ust. 8 lub art. 15gb ust. 1 pkt 1 ustawy COVID–19 lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15zzf ustawy COVID-19**,**

1. spełniam warunki określone w: Ustawie z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. 2023 poz. 735, z późn. zm.), rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 lipca 2017r. w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej (Dz. U. 2022 poz. 243), rozporządzeniu Komisji UE nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12. 2013 r. str. 1),
2. nie otrzymałem(łam) decyzji Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem,
3. nie podlegam wyłączeniom wynikającym z art. 1, ust. 1 Rozporządzenia Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013 r. str. 1);
4. nie posiadam zakazu dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009r. o finansach publicznych (Dz. U. 2022 poz. 1634, z późn. zm.);
5. 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 kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, otrzymam pomoc publiczną.
6. 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.

**Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

……………………..…………………………………

pieczęć i podpis wnioskodawcy

# Załącznik nr 5

Myślenice, dn. ………..……………………...

……………………………………………………

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 ciągu bieżącego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych **nie uzyskałem/łam** pomocy de minimis i/lub pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie*.*
* w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych **uzyskałem/łam** pomoc de minimis i/lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie w następującej wielkości (proszę wypełnić 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 i podpis wnioskodawcy

# Załącznik nr 6

KLAUZULA INFORMACYJNA W ZWIĄZKU Z PRZETWARZANIEM DANYCH OSOBOWYCH DLA WNIOSKODAWCY

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;
6. ujętych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. 2023 poz. 735, z późn. zm.) oraz aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie.
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. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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 7

Myślenice, dn. ………..……………………...

……………………………………………………

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 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