Załącznik nr 2 do Regulaminu organizacji bonów stażowych dla osób bezrobotnych do 30 roku życia, opiekunów osób niepełnosprawnych do 30 roku życia oraz osób niepełnosprawnych do 30 roku życia zarejestrowanych w urzędzie jako poszukujący pracy niepozostający w zatrudnieniu.

UWAGA: Wniosek wypełnij w sposób czytelny, wpisując 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 „-”. Sam fakt złożenia wniosku nie gwarantuje skierowania osoby na staż.

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

pieczęć Organizatora Myślenice, dnia .............................

Powiatowy Urząd Pracy w Myślenicach

WNIOSEK o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu dla osoby niepełnosprawnej poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu do 30 roku życia w ramach bonu stażowego nr ...............................

na podstawie art. 66l i art. 53 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j.: Dz. U. 2023 poz. 735, z późn. zm.), art. 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2023 poz. 100, z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz.U. 2009 nr 142 poz. 1160)

**WNIOSEK DOTYCZY BONU STAŻOWEGO NR …………………………….…………..**

# **DANE DOTYCZĄCE ORGANIZATORA**

1. Nazwa firmy lub imię i nazwisko:  
   ………………………………………………...................................................................................
2. Reprezentant organizatora (osoba/osoby uprawnione do podpisania umowy: imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe):  
   ……………………………………………..………………………………..……………………………
3. Siedziba i miejsce prowadzenia działalności gospodarczej:  
   ....................................................................................................................................................
4. Telefon: ……….........................., fax: ......................................... e-mail: ...................................
5. Forma prawna: ...........................................................................................................................
6. Rodzaj działalności: ...................................................................................................................
7. Data rozpoczęcia działalności: ..................................................................................................
8. NIP: ............................................... REGON: ........................................... PKD: .......................
9. Forma opodatkowania podatkiem dochodowym (właściwe zaznacz oraz wpisz stawkę):

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

1. Wielkość podmiotu ubiegającego się o pomoc (właściwe zakreśl):

Mikroprzedsiębiorca; Mały przedsiębiorca; Średni przedsiębiorca; Duży przedsiębiorca

1. Liczba pracowników zatrudnionych w dniu składania wniosku ogółem: ………………..............
2. Liczba pracowników zatrudnionych w dniu składania wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy: ……………….........................................................................................................
3. Liczba osób odbywających staż u organizatora w dniu składania wniosku (proszę również wskazać osoby skierowane z innych urzędów pracy): .................................................

# **DANE DOTYCZACE ORGANIZACJI STAŻU**

1. Liczba przewidywanych miejsc pracy, na których osoby niepełnosprawne poszukujące pracy niepozostające w zatrudnieniu będą odbywać staż (UWAGA: liczba odbywających staż nie może przekraczać liczby pracowników zatrudnionych u organizatora w dniu składania wniosku **w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy**, a w przypadku organizatora który nie jest pracodawcą staż może odbywać jednocześnie jedna osoba): ………………............................................................................................………………
2. Proponowany okres odbywania stażu (UWAGA: nie krótszy niż 3 miesiące):  
   od dnia ………................................................ do dnia ...............................................................
3. Miejsce odbywania stażu (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): ……............…………………….....................................  
   ....................................................................................................................................................
4. Szczegółowe dane dotyczące osób przewidzianych do odbycia stażu:

| **Lp.** | **Nazwa zawodu lub specjalności \*** | **Kod zawodu zgodny z klasyfikacją zawodów i specjalności** | **Ilość miejsc** | **Predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne, poziom wykształcenia, minimalne kwalifikacje niezbędne do podjęcia stażu na danym stanowisku pracy** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

\***nazwę zawodu lub specjalności wpisz zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy, dostępną na stronie internetowej** <http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/wyszukiwarka-opisow-zawodow>.

1. **Opis zadań jakie będą wykonywane podczas stażu przez skierowanego – wg załącznika nr 1 (tj. Program stażu)**
2. Proponowany tryb i wymiar czasu wykonywania zadań podczas stażu wynikający z charakteru pracy w danym zawodzie (zaznacz właściwe):

* Standardowy rozkład czasu pracy (1 zmiana) – godziny pracy: od ….….... do ……….

Proszę o wyrażenie zgody na realizację stażu w systemie:

* pracy zmianowej (opisz zmianowość): ……………………...…..…………………………
* pracy w niedziele i święta
* pracy w porze nocnej

1. Imię, nazwisko, data urodzenia, adres osoby niepełnosprawnej zarejestrowanej w Urzędzie Pracy jako osoba poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu wskazanej przez organizatora: ..............................................................................................................................
2. Imię i nazwisko oraz stanowisko opiekuna osoby odbywającej staż (UWAGA: opiekun może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż 3 osobami odbywającymi staż):   
   ....................................................................................................................................................
3. **Po zakończeniu stażu deklaruję zatrudnienie osoby odbywającej staż na okres co najmniej 6 miesięcy w (wpisz w jakim) ……………… wymiarze czasu pracy. Pracodawcy, który zatrudni stażystę przez deklarowany okres 6 miesięcy, starosta wypłaca premię w wysokości 1.995,10 zł. Premia stanowi pomoc udzielaną zgodnie z warunkami dopuszczalności pomocy de minimis. Kwota premii podlega waloryzacji na zasadach określonych w art. 72 ust. 6 Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. 2023 poz. 735, z późn. zm.).  
   Deklaracja dalszego zatrudnienia będzie traktowana jako zgłoszenie wolnego miejsca pracy po zakończeniu stażu.**

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem Powiatowego Urzędu Pracy w Myślenicach organizacji bonów stażowych dla osób bezrobotnych do 30 roku życia, opiekunów osób niepełnosprawnych do 30 roku życia oraz osób niepełnosprawnych do 30 roku życia zarejestrowanych w urzędzie jako poszukujący pracy niepozostający w zatrudnieniu.

.........………….…….…………………

(pieczątka i podpis Organizatora)

# **POUCZENIE!**

* **Niepełnosprawny poszukujący pracy niepozostający w zatrudnieniu nie może odbywać ponownie stażu u tego samego organizatora na tym samym stanowisku pracy, na którym wcześniej odbywał staż, przygotowanie zawodowe w miejscu pracy lub przygotowanie zawodowe dorosłych.**
* **Stażysta bez zgody Starosty, nie może odbywać stażu w niedziele i święta, w porze nocnej, w systemie pracy zmianowej ani w godzinach nadliczbowych.**

# Załączniki do złożonego wniosku:

1. Program stażu.
2. Oświadczenie.
3. Oświadczenie o uzyskanej pomocy de minimis.
4. Informacja pracodawcy na temat warunków pracy.
5. Klauzula informacyjna w zakresie przetwarzania danych osobowych.
6. Oświadczenie o niepodleganiu sankcjom w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę.
7. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.
8. Informacje o posiadaniu wpisu w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, a w przypadku jej braku podstawę prawną prowadzonej działalności lub zaświadczenie o prowadzeniu gospodarstwa rolnego (w przypadku: spółki cywilnej- dodatkowo umowa spółki cywilnej, spółki z o.o., spółki akcyjnej, stowarzyszeń i innych podmiotów podlegających obowiązkowi wpisu do KRS należy przedłożyć aktualny odpis z KRS-u).
9. W przypadku szkół, przedszkoli należy przedłożyć akt założycielski szkoły, przedszkola lub pierwsze strony statutu oraz pełnomocnictwo dyrektora szkoły, przedszkola do składania oświadczeń woli.
10. Umocowanie do reprezentowania organizatora udzielone przez osoby uprawnione (nie jest wymagane jeżeli osoba podpisująca wniosek i umowę jest upoważniona do reprezentowania Organizatora w dokumencie rejestracyjnym, który został przedłożony).

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

1. **Opinia doradcy klienta:**

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

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

data i podpis doradcy klienta

# **Decyzja Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy:**

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

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

data i podpis Dyrektora Urzędu

# Załącznik nr 1

PROGRAM STAŻU

Nazwa zawodu lub specjalności zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy: ………………………………………………………………………………..…………….……………

Nazwa stanowiska pracy:

………………………………………………………………………………………………………...…………

Nazwa komórki organizacyjnej:

………………………………………………………………………………………………………...…………

Opiekun osoby (osób) objętej (-ych) programem stażu:

Imię i nazwisko .............................................., zajmowane stanowisko: .............................................

Rodzaj uzyskiwanych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych …………….………………….……...  
………………………………………………………………………………………………………………..…

………………………………………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………………………………..…....

Zakres zadań zawodowych wykonywanych przez stażystę w okresie odbywania stażu:

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

Potwierdzenie nabytych kwalifikacji lub umiejętności zawodowych stanowić będą opinia organizatora stażu zawierająca informacje o zadaniach realizowanych przez stażystę i umiejętnościach praktycznych pozyskanych w trakcie stażu, wydana po zakończeniu stażu oraz sprawozdanie z przebiegu stażu sporządzone przez stażystę i potwierdzone przez opiekuna stażu.

Strony zgodnie oświadczają, iż realizacja w/w programu stażu, umożliwi osobie niepełnosprawnej poszukującej pracy niepozostającej w zatrudnieniu samodzielne wykonywanie pracy na danym stanowisku lub zawodzie po zakończeniu stażu.

……………………………................ ……………..……………… ………….………………...

(pieczątka i podpis Dyrektora Urzędu) (podpis osoby objętej programem) (podpis i pieczęć Organizatora)

# Załącznik nr 2

**………………………………**

pieczęć Organizatora

OŚWIADCZENIE

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, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
2. nie zalegam z opłacaniem w terminie 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 ([Dz.U. 2022 poz. 1](http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190001950)138 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.](http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190000628) 659);
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. 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.
7. spełniam warunki określone w: Ustawie z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. 2023 poz. 735), rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz. U. z 2009 r. nr 142, poz. 1160), 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) lub 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);
8. nie otrzymałem(łam) decyzji Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem;
9. 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);
10. zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia niniejszego wniosku do dnia podpisania umowy o zorganizowanie stażu otrzymam pomoc publiczną.

……….………………………..……………………

data, podpis i pieczęć Organizatora

# Załącznik nr 3

Myślenice, dn. ………..……………

……………………………………

pieczęć Organizatora

**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 Organizatora

# Załącznik nr 4

Imię i nazwisko stażysty: .....................................................................................................................

Data urodzenia: ....................................................................................................................................

Adres zamieszkania: ............................................................................................................................

Wymieniony będzie odbywał staż na stanowisku: ……………………….……………..…………...........

1. Charakter pracy:

* praca administracyjno-biurowa
* praca fizyczna

1. W pełnym wymiarze czasu pracy.
2. Czynniki szkodliwe dla zdrowia lub warunki uciążliwe:

* praca z komputerem:
* do 4 godzin
* powyżej 4 godzin
* praca na wysokości
* do 3 metrów
* powyżej 3 metrów
* mikroklimat
* zimny
* gorący
* wymuszona pozycja ciała
* praca zmianowa
* stres (decyzyjność)
* częste zmiany temperatury
* pyły – wymienić jakie: ............................................................................................................
* hałas – liczba godzin pracy w hałasie: ....................................., natężenie: ..........................
* czynniki chemiczne – wymienić jakie: ...................................................................................
* inne: .......................................................................................................................................

1. Praca wymagająca:

* kierowania wózkami unoszącymi niskiego składowania
* kierowania wózkami unoszącymi wysokiego składowania
* kierowania podestem samojezdnym
* kierowania samochodem – kategoria prawa jazdy: ..........
* podnoszenia ciężarów
* schylania się
* sprawności psychoruchowej

1. Stosowanie do obowiązujących przepisów w sprawie badań sanitarno-epidemiologicznych:

* kierujemy na badania sanitarno – epidemiologiczne i prosimy o wydanie zaświadczenia o braku przeciwwskazań do pracy na wyżej wymienionym stanowisku pracy
* nie kierujemy

1. Charakterystyka pracy:

* kontakt z żywnością: TAK/ NIE

…………………….……………

Pieczątka i podpis pracodawcy

# Załącznik nr 5

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. 2023 poz. 735), ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. 2023 poz. 100, 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 6

Myślenice, dn. ………..………………………...

…………………………………………

pieczęć Organizatora

**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 Organizatora

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