**DRUK 02/2024**

………………………………………. ……………………………

 pieczęć Wnioskodawcy miejscowość, data



**Do Dyrektora**

**Powiatowego Urzędu Pracy**

**w Bytowie**

 **Wniosek**

**o refundację ze środków Funduszu Pracy/UE kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy**

*Na podstawie art. 46 Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 r. poz. 475 t.j.) oraz Rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 lipca 2017 r. w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 243 t.j.).*

Wniosek dotyczy*(właściwe zaznaczyć)*:

* refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy
* refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy związanego bezpośrednio ze sprawowaniem opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi lub prowadzeniem dla nich zajęć żłobkom lub klubom dziecięcym tworzonym i prowadzonym przez osoby fizyczne, osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej, o których mowa w przepisach o opiece nad dziećmi do lat 3
* refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy związanego bezpośrednio ze świadczeniem usług rehabilitacyjnych dla dzieci niepełnosprawnych w miejscu zamieszkania, w tym usług mobilnych, podmiotowi prowadzącemu działalność gospodarczą polegającą na świadczeniu usług rehabilitacyjnych

**Dane dotyczące Wnioskodawcy:**

1. Nazwa podmiotu/imię i nazwisko w przypadku osoby fizycznej……….………………………….…………

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

1. Siedziba podmiotu /adres zamieszkania ………………………………….....................................................................................................................................................................................
2. Imię i nazwisko właściciela podmiotu / osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu ……………………………………………………………………………….. Nr telefonu:……………….……………………………………..
3. Wyrażam/nie wyrażam\* zgody na kontakt i otrzymanie wiadomości w sprawie złożonego wniosku za pośrednictwem:

 poczty e-mail na adres……………..………………………..……………….........................

 ePUAP nazwa skrytki………………………………………………………...…..……….....

 praca.gov.pl

1. NIP.................................................................................................................................................................................................................
2. REGON:………………………………………….………………………….……………………………………………………………...…….…
3. PESEL*(w przypadku osoby fizycznej)*………………………………………………………………………………….……..…

\*niepotrzebne skreślić

1. Symbol podklasy głównego rodzaju prowadzonej działalności określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD) oraz jego opis: ……………………………………………..…………..………………

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

1. Symbol podklasy działalności gospodarczej (PKD) w związku, z którym podmiot zamierza utworzyć stanowisko pracy…………………………………………………………………………………………………………….
2. Przedmiot działalności podmiotu..........................................................................................................................................................

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

1. Data rozpoczęcia działalności: ……………………………………………………………………………………………….…..……
2. Forma opodatkowania :
* zasady ogólne wg stawki ………….…..
* podatek liniowy wg stawki………….……
* ryczałt od przychodów ewidencjonowanych wg stawki………..……
* karta podatkowa ……….………...
* dział specjalny produkcji rolnej…………………..
1. Forma organizacyjno-prawna podmiotu
* podmiot prowadzący działalność gospodarczą/określić formę np. os. fiz., sp. cywilna, sp. z o.o. etc/……………………………........................................................................................................................................................................................
* niepubliczne przedszkole,
* niepubliczna szkoła,
* żłobek
* klub dziecięcy
* podmiot prowadzący działalność gospodarczą świadczący usługi rehabilitacyjne
* osoba fizyczna lub osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, będąca posiadaczem gospodarstwa rolnego lub prowadząca dział specjalny produkcji rolnej.
1. Stan zatrudnienia w dniu składania wniosku (w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy)\*: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w poszczególnych 12 miesiącach poprzedzających miesiąc złożenia wniosku:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Miesiąc, rok | Liczba pracowników ogółem\* | Wyjaśnienia\*\* | Lp. | Miesiąc, rok | Liczba pracowników ogółem\* | Wyjaśnienia\*\* |
| 1. |  |  |  | 7. |  |  |  |
| 2. |  |  |  | 8. |  |  |  |
| 3. |  |  |  | 9. |  |  |  |
| 4. |  |  |  | 10. |  |  |  |
| 5. |  |  |  | 11. |  |  |  |
| 6. |  |  |  | 12. |  |  |  |

\* należy uwzględnić tylko umowy o pracę, bez umów cywilnoprawnych, urlopów macierzyńskich,

 rodzicielskich, wychowawczych, bezpłatnych, uczniów.

\*\* w przypadku zwolnienia należy wskazać sposób rozwiązania stosunku pracy.

**Dane dotyczące stanowisk pracy tworzonych w ramach refundacji.**

1. Liczba stanowisk pracy dla:
* skierowanych bezrobotnych………..….…..
* skierowanych poszukujących pracy opiekunów osób niepełnosprawnych…………………
* skierowanych poszukujących pracy absolwentów\*………....……

*\* dotyczy wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy związanego bezpośrednio ze sprawowaniem opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi lub prowadzeniem dla nich zajęć żłobkom lub klubom dziecięcym oraz wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy związanego bezpośrednio ze świadczeniem usług rehabilitacyjnych dla dzieci niepełnosprawnych w miejscu zamieszkania, w tym usług mobilnych, podmiotom prowadzącym działalność gospodarczą polegającą na świadczeniu usług rehabilitacyjnych*

1. Informacje o tworzonych stanowiskach pracy:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa stanowiska | Charakterystyka – rodzaj czynności wykonywanych na utworzonym stanowisku | Liczba osób przewidziana do zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy | Liczba osób przewidziana do zatrudnienia w co najmniej połowie wymiaru czasu pracy\* |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |

*\*dotyczy zatrudnienia na wyposażonym lub doposażonym stanowisku pracy skierowanego poszukującego pracy opiekuna osoby niepełnosprawnej, a w przypadku wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy związanego bezpośrednio ze sprawowaniem opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi lub prowadzeniem dla nich zajęć żłobkom lub klubom dziecięcym oraz wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy związanego bezpośrednio ze świadczeniem usług rehabilitacyjnych dla dzieci niepełnosprawnych w miejscu zamieszkania, w tym usług mobilnych podmiotom prowadzącym działalność gospodarczą polegającą na świadczeniu usług rehabilitacyjnych, dotyczy zatrudnienia skierowanego bezrobotnego, skierowanego opiekuna lub skierowanego poszukującego pracy absolwenta.*

1. Wnioskowana ilość środków\* ……………………………………………………………………………………….zł (brutto)

\* kwota refundacji jest proporcjonalna do wymiaru czasu pracy skierowanej osoby

1. Forma zabezpieczenia zwrotu refundacji\*:
* poręczenie
* weksel z poręczeniem wekslowym (aval),
* gwarancja bankowa,
* zastaw na prawach lub rzeczach
* blokada rachunku bankowego,
* akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika,
1. Proponowana osoba do zatrudnienia: …………………………………………….…………………………..……………...

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

(imię i nazwisko, PESEL)

1. Jestem /nie jestem\* spokrewniony(a) (wstępnie lub zstępnie) z osobą proponowaną do zatrudnienia w ramach wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy.
2. Wymagania pracodawcy względem osoby kierowanej na stanowisko pracy tworzone w ramach refundacji/*wykształcenie, doświadczenie, umiejętności, uprawnienia/*……………………………………….

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

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

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

1. Miejsce wykonywania pracy przez skierowaną osobę*/adres/*………………………………..……………….

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Bytowie, w zakresie związanym z realizacją wniosku o refundację, zgodnie z rozporządzeniem 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) z dnia 27 kwietnia 2016 r.  (Dz.Urz.UE.L Nr 119, str. 1) oraz Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

**Oświadczam**, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem
w celu otrzymania refundacji doposażenia lub wyposażenia stanowiska pracy.

 …………………………………………

 data i podpis wnioskodawcy

\*właściwe zaznaczyć **x**

Integralną część wniosku stanowią załączniki:

**Załącznik nr 1 –** Zestawienie wydatków dotyczących wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy tworzonego w ramach refundacji.

**Załącznik nr 2 -** Oświadczenie wnioskodawcy o spełnieniu warunków umożliwiających ubieganie się o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy.

**Załącznik nr 3** –Oświadczenie o pomocy de minimis oraz pomocy publicznej.

**Załącznik nr 4** – Informacja o umowach z Powiatowym Urzędem Pracy

**Załącznik nr 5 –** Oświadczenie o posiadaniu gospodarstwa rolnego –*wypełnia wyłącznie producent rolny*.

**Załącznik nr 6 –** Klauzula informacyjna dla przedsiębiorców lub pracodawców będących osobami fizycznymi

Ponadto do wniosku należy dołączyć:

- zgłoszenie krajowej oferty pracy

- formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis,

- umowa spółki cywilnej, jeżeli wnioskodawcą jest podmiot prowadzący działalność gospodarczą w formie spółki cywilnej,

- dokumenty potwierdzające zatrudnienie w okresie ostatnich 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku w każdym miesiącu, co najmniej jednego pracownika na podstawie stosunku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy oraz dokumenty potwierdzające jego ubezpieczenie *(dotyczy wyłącznie producenta rolnego)*

Załącznik nr 1

Zestawienie wydatków

dotyczących utworzenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego, poszukującego pracy opiekuna osoby niepełnosprawnej lub poszukującego pracy absolwenta w ramach refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy.

| **Nazwa stanowiska pracy : ……………………………………………………………………………………………………..****……………………………………………………………………………………………………………………………………..****…………………………..** | Źródło finansowania |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Szczegółowa specyfikacja wydatków** | **Nowy/używany** | **Przewidywane źródło pochodzenia wydatków(np. sklep, hurtownia, komis itp.)** | **Przewidywany termin poniesienia wydatków** | **Przewidywana cena brutto w PLN**  | **Środki własne brutto** **w PLN** | **Środki wnioskowane z FP/EFS+****brutto w PLN**  |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM:** |  |  |  |

………………………………………………………...

 pieczęć i podpis wnioskodawcy

**UWAGA: każde stanowisko wymaga osobnej kalkulacji wydatków**.

W przypadku uwzględnienia w kalkulacji wydatków pochodzących z rynku wtórnego, do wniosku należy dołączyć oferty sprzedaży potwierdzające ich wartość.

 Załącznik nr 2

#### Oświadczenie

**Oświadczam, że:**

Niniejsze oświadczenie składam uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kk „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę, lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”

**1.**

**Obniżyłem/łam lub zamierzam obniżyć**

* **TAK**
* **NIE**

wymiar czasu pracy pracownika/ów w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji,

(w przypadku odpowiedzi twierdzącej czy ma to związek z art. 15g ust.8/art. 15gb ust.1 pkt 1 ustawy COVID – 19 lub na podstawie aneksu do umowy zawartej ze starostą w związku z art. 15 zzf ustawy COVID-19)

* Tak
* Nie

**2.**

* **nie rozwiązałem/łam i nie rozwiążę**
* **rozwiązałem/łam lub rozwiążę**

stosunku/ek pracy z pracownikiem/kami w drodze wypowiedzenia dokonanego przeze mnie albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracownika/ów w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji.

**3.**

*/poniższej informacji dotyczącej prowadzenia działalności gospodarczej* ***nie wypełniają****:*

*-* ***producent rolny****,*

*-* ***żłobki i kluby dziecięce****, tworzące stanowiska pracy związane bezpośrednio ze sprawowaniem opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi lub prowadzące dla nich zajęcia oraz*

*-* ***podmioty prowadzące działalność gospodarczą polegającą na świadczeniu usług rehabilitacyjnych*** *tworzące stanowiska pracy związane bezpośrednio ze świadczeniem usług rehabilitacyjnych dla dzieci niepełnosprawnych w miejscu zamieszkania, w tym usług mobilnych/*

* **prowadzę**
* **nie prowadzę**

działalność/ci gospodarczą/czej, przez min. 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców lub na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe /*do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej*/i w tym okresie:

* **zawiesiłem/łam**
* **nie zawiesiłem/łam**

 prowadzenia działalności gospodarczej,

**4.**

* **nie zalegam**
* **zalegam**

w dniu złożenia wniosku z wypłaceniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych, oraz opłacaniem innych danin publicznych,

**5**.

* **posiadam**
* **nie posiadam**

w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych,

**2.Oświadczam, że:**

* **byłem/łam**
* **nie byłem/łam**

karany w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary.

*„Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”*

/właściwe zaznaczyć **x/**  ……………….…………………………

 data i podpis wnioskodawcy

Załącznik nr 3

Oświadczenie

Niniejsze oświadczenie składam uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kk „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę, lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”

Oświadczam, że:

1. w okresie 3 minionych lat
* otrzymałem/łam
* nie otrzymałem/łam

pomoc/y na zasadach de minimis

W przypadku otrzymania pomocy należy podać wysokość w PLN…………………………………………...

………………………/co stanowi/ euro……………………………………………………………………….

* otrzymałem/łam
* nie otrzymałem/łam

pomoc publiczną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis.

W przypadku otrzymania pomocy należy podać wysokość w PLN……………………………………..….....

………………………/co stanowi/euro……………..…………………………………………..………….....

oraz wskazać przeznaczenie pomocy…………………………………………………………………………..

/właściwe zaznaczyć **x/**

 ………………………………………………

 data i czytelny podpis wnioskodawcy

Załącznik nr 4

Informacja o umowach zawartych z Powiatowym Urzędem Pracy w roku, w którym wnioskodawca ubiega się o pomoc, oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Forma aktywizacji** | **Wskazać PUP,****nr i datę zawarcia umowy** | **Termin****umowy****od -do** | **Liczba osób****skierowanych****przez PUP** **w ramach umowy** | **Liczba osób zatrudnionych****po zakończeniu umowy** | **Pomoc finansowa uzyskana z PUP** | **Wywiązanie się z zawartych umów** **( tak/nie \*)** | **Uwagi** |
| **1.** | Staż |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** | Prace interwencyjne |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** | Dofinansowanie na podjęcie działalności gospodarczej |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.** | Refundacja kosztów wyposażenia lub doposażenia st. pracy |  |  |  |  |  |  |  |
| **6.** | Inne |  |  |  |  |  |  |  |

Uwaga: W tabeli należy uwzględnić umowy podpisane **ze wszystkimi urzędami pracy** w roku, w którym wnioskodawca ubiega się o pomoc, oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat.

Załącznik nr 5

#### Oświadczenie

#### /wypełnia wyłącznie producent rolny/

Niniejsze oświadczenie składam uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kk „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę, lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”

* **jestem**
* **nie jestem**

 posiadaczem gospodarstwa rolnego o powierzchni ……………………ha w rozumieniu przepisów o podatku rolnym przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku,

* **prowadzę**
* **nie prowadzę**

dział specjalny produkcji rolnej w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych, przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku,

* **prowadzę**
* **nie prowadzę**

dział specjalny produkcji rolnej w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym osób prawnych przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku.

 …….…………………………………………..

 data i podpis wnioskodawcy

**Uwaga:** Producent rolny dołącza dokumenty potwierdzające zatrudnienie w okresie ostatnich 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku, w każdym miesiącu, co najmniej jednego pracownika na podstawie stosunku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy oraz dokumenty potwierdzające jego ubezpieczenie.

/właściwe zaznaczyć **x**/

Załącznik nr 6

**Klauzula informacyjna dla przedsiębiorców lub pracodawców będących osobami fizycznymi**

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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz.Urz.UE. L Nr 119, str. 1 z 4.05.2016 r.) – RODO oraz na podstawie Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U. z 2019 r. poz. 1781 ) informuję, że:

1. Administratorem  Pani/Pana danych osobowych jest: **Powiatowy Urząd Pracy w Bytowie ul. Wojska Polskiego 6, 77-100 Bytów**, tel.: +48 59 822 22 27, adres e-mail: gdby@praca.gov.pl który reprezentuje Dyrektor Urzędu.
2. W Powiatowym Urzędzie Pracy w Bytowie powołany jest Inspektor Ochrony Danych (IOD).   Dane kontaktowe:  tel. +48 59 822 22 27, e-mail: iod@pup.pl.
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji form pomocy wynikających z ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz aktów wykonawczych do tej ustawy – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c Rozporządzenia oraz ustaw nakładających inne zadania, obowiązki i prawa oraz przepisów wykonawczych do tych ustaw. Zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Dane osobowe mogą być przetwarzane na podstawie wyrażonej dobrowolnie zgody do przetwarzania danych w sytuacji, gdy podanie danych nie jest obowiązkiem prawnym, ale ułatwia komunikację Administratora w celu załatwienia sprawy.
4. W związku z przetwarzaniem danych w powyżej wskazanym celu, Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom. Odbiorcami danych mogą podmioty i instytucje współpracujące
z Administratorem w związku z realizacją zadań i form pomocy na podstawie ustawy o promocji zatrudnienia
i instytucjach rynku pracy oraz aktów wykonawczych do tejże ustawy oraz:
	1. podmioty upoważnione do odbioru danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa;
	2. podmioty, które przetwarzają Pani/Pana dane osobowe w imieniu Administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. podmioty przetwarzające).
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzana przez okres niezbędny do realizacji wskazanego w pkt 3 celu przetwarzania, w tym również obowiązku archiwizacyjnego wynikającego z przepisów prawa oraz zgodnie z obowiązującym okresem przechowywania dokumentacji określonym w Zarządzeniu Nr 19/2021 z dnia 28.05.2021 Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Bytowie w sprawie jednolitego rzeczowego wykazu akt oraz Zarządzeniu nr 29/2021 z dnia 31.12.2021 roku w sprawie: instrukcji kancelaryjnej oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania składnicy akt.
6. W związku z przetwarzaniem przez Administratora danych osobowych przysługuje Pani/Panu:
	1. prawo dostępu do treści danych,
	2. prawo do sprostowania danych,
	3. prawo do usunięcia danych,
	4. prawo do ograniczenia przetwarzania danych,
	5. prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych.
7. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa gdy Pani/Pan uzna, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia.
8. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich.
9. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym, warunkiem koniecznym do zawarcia umowy oraz dobrowolne i niezbędne do skorzystania z form wsparcia w zakresie promocji zatrudnienia, łagodzenia skutków bezrobocia oraz aktywizacji zawodowej w Powiatowym Urzędzie Pracy w Bytowie. Przy czym podanie danych jest:
	1. obowiązkowe, jeżeli tak zostało to określone w przepisach prawa;
	2. dobrowolne, jeżeli odbywa się na podstawie Pani/Pana zgody lub ma na celu zawarcie umowy. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie odmowa rejestracji jako osoby bezrobotnej lub poszukującej pracy albo brak możliwość skorzystania ze świadczeń, usług i instrumentów rynku pracy określonych w ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, przepisach wykonawczych. W przypadku, w którym przetwarzanie Pani/Pana danych odbywa się na podstawie zgody (tj. art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia), przysługuje prawo do cofnięcia jej w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
10. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany przy podejmowaniu decyzji, w tym również w formie profilowania w rozumieniu Rozporządzenia.

Potwierdzam zapoznanie się z powyższą informacją:

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

 ( miejscowość ) ( data ) ( czytelny podpis )