|  |  |
| --- | --- |
| ......................................................  (pieczęć wnioskodawcy) | .........................................................  (miejscowość, data) |

**POWIATOWY URZĄD PRACY**

**UL. TADEUSZA KOŚCIUSZKI 5**

**72 - 010 POLICE**

**WNIOSEK**

**NA UTWORZENIE STANOWISKA PRACY**

**W SPÓŁDZIELNI SOCJALNEJ DLA SKIEROWANEJ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ**

**I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Nazwa spółdzielni socjalnej** |  |
| **2.** | **Adres siedziby** |  |
| **3.** | **Nr telefonu lub faks** |  |
| **4.** | **Adres e-mail** |  |
| **5.** | **Nr REGON** |  |
| **6.** | **NIP** | - - - |
| **7.** | **Nr KRS** |  |
| **8.** | **Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności gospodarczej (PKD 2007)** |  |
| **9.** | **Data rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej** | …………………………………r. |
| **10.** | **Wnioskowana kwota brutto** | **,** PLN  …………………………………………………………………………………  *(kwota słownie)* |
| **11.** | **Nazwa banku i nr konta** | ……………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………. |
| **12.** | **Ilość nowych stanowisk:** | ……………………………… |
| **13.** | **Stan zatrudnienia** |  |

### Liczba zatrudnionych pracowników w poszczególnych 6 miesiącach poprzedzających dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, a w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej przez okres krótszy niż 6 miesięcy, w poszczególnych miesiącach prowadzenia tej działalności.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Forma zatrudnienia** | **Stan w dniu złożenia oświadczenia** | **6 m-cy poprzedzających złożenie wniosku** | | | | | | | | |
|  | |  |  |  | |  |  | |
| **Umowa o pracę** |  |  |  | |  | |  |  | |  |
| **Spółdzielcza umowa o pracę** |  |  |  | |  | |  |  | |  |
| **Inne: ………………...** |  |  |  | |  | |  |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **14.** | | | **Kalkulacja wydatków dla utworzenia poszczególnych stanowisk pracy oraz źródła ich finansowania:** | | | | | | | | | | |
| **Lp.** | | | | **Nazwa tworzonego stanowiska pracy,**  **rodzaj pracy,**  **wymiar czasu pracy** | | | **Środki finansowe w PLN brutto** | | | | | | |
| **Inne otrzymane środki publiczne dot. tworzonego stanowiska pracy** | | | **Wkład własny** | **Środki z PFRON**  **(przewidziane do poniesienia)** | | **Koszty razem** |
| **1.** | | | |  | | |  | | |  |  | |  |
| **2.** | | | |  | | |  | | |  |  | |  |
| **Ogółem:** | | | | | |  | | | |  |  | |  |
|  | | |  | | | | | |  | | | | | |
| **15** | | **Wymagane kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonywania pracy, jakie powinna spełniać skierowana osoba niepełnosprawna:** | | | | | | | | | | | | |
| **Lp.** | | | | **Nazwa utworzonego stanowiska,** | | **Liczba miejsc pracy** | | | | **Zawód, poziom wykształcenia,**  **niezbędne kwalifikacje zawodowe,**  **doświadczenie zawodowe** | | | **Przewidywany okres zatrudnienia \*** | **Wymiar czasu pracy** |
| 1. | | | |  | |  | | | |  | | |  |  |
| 2. | | | |  | |  | | | |  | | |  |  |

\*Okres zatrudnienia związany jest z wysokością dotacji na utworzenie stanowiska pracy:

1. Dotacja w wysokości nie wyższej niż 6 krotność przeciętnego wynagrodzenia - zatrudnienie przez okres co najmniej 12 miesięcy
2. Dotacja w wysokości od 6 krotności do 15 krotności przeciętnego wynagrodzenia - zatrudnienie przez okres co najmniej 24 miesięcy.

Kwoty dotacji podlegają negocjacji.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **16.** | **Nazwa stanowiska i rodzaj pracy** (należy opisać główne zadania na poszczególnym stanowisku pracy, jakie będzie wykonywała skierowana osoba niepełnosprawna) |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **17.** | | **Miejsce wykonywania pracy:** (dokładny adres tworzonego stanowiska pracy) |  |
| **18.** | **Proponowana forma zabezpieczenia zwrotu refundacji:** | **□**weksel In blanco z poręczeniem wekslowym (aval) |
| **□**poręczenie cywilne |
| **□**blokada rachunku bankowego |
| **□**gwarancja bankowa |
| **□**zastaw na prawach lub rzeczach  **□**zgoda na dobrowolne poddanie się egzekucji w formie aktu notarialnego |

**19. Informacje dodatkowe wnioskodawcy:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Oświadczam że:**

1. Zapoznałem się z treścią Regulaminu Powiatowego Urzędu Pracy w Policach dotyczącego dotacji na utworzenie stanowiska pracy w spółdzielni socjalnej dla skierowanej osoby niepełnosprawnej;
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie moich danych osobowych, w rozumieniu przepisów ustawy o ochronie danych osobowych (*ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych – Dz. U. z 2018 r., poz. 1000 z późn zm..),* oraz**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,** przez Powiatowy Urząd Pracy w Policach, dla celów związanych z procedurą oceny złożonego przeze mnie wniosku o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego, opiekuna osoby niepełnosprawnej lub poszukującej pracy oraz w przypadku przyznania tych środków z realizacją umowy związanej z przedmiotowym wnioskiem. Jednocześnie oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a o przysługujących mi na podstawie wyżej wymienionej ustawy uprawnieniach, a w szczególności prawie wglądu do swoich danych i prawie ich poprawienia.
3. Podane dane podane zostały zgodnie ze stanem faktycznym i prawnym
4. Prawdziwość oświadczenia stwierdzam własnoręcznym podpisem. Oświadczam, że zostałem/-am pouczony/-a, że za złożenie oświadczenia niezgodnego z prawdą lub zatajenie w nim prawdy, grozi kara pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat ośmiu, na podstawie art. 233 § 1 Kodeksu karnego\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ………………………… |  |
|  | Miejscowość i data | *Podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania* |
|  |  |  |
|  |  | *Podpis i pieczęć Głównego Księgowego*  *lub osoby odpowiedzialnej za prowadzenie dokumentacji finansowej* |

**Załączniki do wniosku:**

1. Oświadczenie wnioskodawcy

2. Szczegółowa specyfikacja i harmonogram wydatków dotyczących poszczególnych stanowisk pracy (w szczególności na zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn, w tym środki niezbędne do zapewnienia zgodności stanowiska pracy z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz z wymaganiami ergonomii)

3. Uzasadnienie dla planowanych wydatków dotyczących poszczególnego stanowiska pracy.

4. Zgłoszenie wolnego miejsca zatrudnienia (oferta pracy dla poszczególnego stanowiska pracy).

5. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2010r. Nr 53, poz. 311 z późn. zm.); oraz Zaświadczenia o otrzymanej pomocy *de minimis*, pomocy de minimis w sektorze rolnym i pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury w roku podatkowym w którym wnioskodawca ubiega się o pomoc oraz w dwóch poprzednich latach podatkowych poprzedzających złożenie wniosku.

6. Aktualny wyciąg z KRS

7. Dokument określający tytuł prawny do nieruchomości / lokalu, w którym mają zostać utworzone nowe miejsca pracy;

8. Kserokopia pełnomocnictwa lub upoważnienie osoby lub osób uprawnionych do podpisania umowy, potwierdzona przez mocodawcę. Jeżeli pełnomocnictwo lub upoważnienie jest opatrzone datą wcześniejszą niż 6 miesięcy przed złożeniem wniosku, wymagane jest dodatkowo oświadczenie pełnomocnika o następującej treści: „oświadczam, iż pełnomocnictwo nie zostało odwołane, ani w żaden sposób zmienione.”

**UWAGA:**

**Wniosek należy złożyć w Kancelarii Powiatowego Urzędu Pracy w Policach ul. Tadeusza Kościuszki 5.**

**Wniosek wypełniony nieczytelnie lub niepoprawnie, podpisany przez nieupoważnioną osobę, nie zawierający pełnych informacji oraz bez kompletu załączników nie będzie rozpatrywany.**

**W terminie 30 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku Dyrektor powiadamia Wnioskodawcę o uwzględnieniu wniosku, biorąc również pod uwagę środki jakimi dysponuje na sfinansowanie wniosku.**

\*Art. 233 § 1 Kodeksu Karnego: Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

**Załącznik nr 1**

|  |  |
| --- | --- |
| ....................................................................  (pieczęć Wnioskodawcy) | .........................................................  (miejscowość, data) |
|  |  |
|  |  |

**Oświadczenie Wnioskodawcy:**

**Oświadczam, iż1:**

1. w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji,  **zmniejszałem / nie zmniejszałem** wymiaru czasu pracy każdego pracownika/ pracowników i nie rozwiązałem stosunku pracy z pracownikiem/pracownikami w drodze wypowiedzenia umowy o prace lub na mocy porozumienia stron z przyczyn nie dotyczących pracownika;
2. w dniu złożenia wniosku  **zalegam / nie zalegam** z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom, składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
3. w dniu złożenia wniosku  **zalegam / nie zalegam** z opłacaniem w terminie podatków i innych danin publicznych;
4. w dniu złożenia wniosku  **posiadam / nie posiadam** nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
5. w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku  **byłem/łam / nie byłem/łam** karany/na za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu [ustawy](http://srv2.online.lex.pl/cgi-bin/ocd.cgi?id=b4988249a17a&&pspno=&comm=spistr&akt=nr16798683&ver=-1) z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny (Dz.U. z 2018 r., poz. 1600 z poźn zm.) lub z ustawy z dnia 28.10.2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. z 2019r., poz. 628);
6. w ostatnich 365 dniach  **zostałem / nie zostałem/łam** skazany/a prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych oraz  **jestem / nie jestem** objęty/a postępowaniem dotyczącym prawa pracy (zgodnie z art. 36 ust. 5f ustawy z dnia 20.04.2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy - Dz. U. z 2018 r. poz. 1265 z późn. zm.);
7. zapoznałem/łam się z treścią Regulaminu Powiatowego Urzędu Pracy w Policach dotyczącego na utworzenie stanowiska pracy w spółdzielni socjalnej dla skierowanej osoby niepełnosprawnej;
8. **upoważniam / nie upoważniam**[[1]](#footnote-1) Powiatowy Urząd Pracy w Policach do wystąpienia do Krajowego Rejestru Długów Biura Informacji Gospodarczej S.A. o ujawnienie informacji gospodarczych;
9. w roku podatkowym , w którym ubiegam się o pomoc, oraz w 2 poprzedzających go latach podatkowych  
     **otrzymałem / nie otrzymałem** pomocy de minimis, pomocy de minmis w sektorze rolnym i pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury.

**Oświadczam, iż dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych wynikającego z art. 233 § 1 Kodeksu karnego[[2]](#footnote-2).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  | *Podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Załącznik nr 2** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Szczegółowa specyfikacja i harmonogram wydatków dotyczących utworzenia stanowiska pracy (w szczególności na zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn, w tym środki niezbędne do zapewnienia zgodności stanowiska pracy z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz z wymaganiami ergonomii) :** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Lp.** | **Nazwa stanowiska pracy** | **Wyszczególnienie sprzętu/**  **wyposażenia** | | **Opis sprzętu/ wyposażenia** | | **Przewidywany termin zakupu** | **Nazwa i adres dostawcy** | | **Źródła finansowania przedsięwzięcia** | | | | | | | **Razem** |
| **Inne otrzymane środki publiczne dot. tworzonego stanowiska pracy** | **Wkład własny** | **Wnioskowane środki z PFRON** | | | | |
| **Netto** | | **VAT** | **Brutto** | |
| **1.** |  |  | |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |
|  | |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |
|  | |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |
|  | |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |
|  | |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |
|  | |  | |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |
| **Ogółem:** | | | | | | | | |  |  |  | |  |  | |  |
| ………………………..  (data sporządzenia) | | | | | ………………………..…………  (pieczęć i podpis wnioskodawcy) | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Załącznik nr 3** | | |
| **Uzasadnienie dla planowanych wydatków dot. stanowiska pracy**  *Należy szczegółowo opisać oraz uzasadnić ich wpływ na tworzone stanowisko pracy. Dokonując opisu należy zachować kolejność zgodnie z Załącznikiem nr 2.* | | |
|  | | |
| **Lp.** | Nazwa zakupu | **Uzasadnienie** |
|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………..  (data sporządzenia) | ………………………..…………  (pieczęć i podpis wnioskodawcy) |

**Załącznik nr 4**



**Powiatowy Urząd Pracy w Policach**

ul. Tadeusza Kościuszki 5

72 -010 Police

tel. 91 4240860, fax. 91 3176681

www.pup.policki.pl

e-mail: szpo@praca.gov.pl

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Oferta ważna od** |  | **do** |  |  | **Sygnatura** | **II.6010………..2019.AF** |
|  |  |  |  |  |  | **Numer oferty pracy** | **StPr/19/………..** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

ZGŁOSZENIE KRAJOWEJ OFERTY PRACY

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **I. DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY** | | |  |
|  | |  | | | |
|  | |  |  |  |  |
|  | | **1. Nazwa pracodawcy (pieczęć)** | | | |
|  | |  |  |  |  |
|  | | **2. Imię i nazwisko osoby wskazanej do kontaktu (telefon, e-mail)** | | | |
|  | | **3. Dane teleadresowe pracodawcy** | | | |
|  | |  | adres |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  | gmina, powiat, województwo |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  | tel. /fax,  e-mail |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  | strona internetowa |  |  |
|  | | **4. Forma prawna pracodawcy:** | | |  |
|  | |  | **□** instytucja samorządowa lub rządowa**□** przedsiębiorstwo**□** działalność indywidualna | |  |
|  | |  | **□** spółka akcyjna**□** spółka z o.o.**□** spółka cywilna | |  |
|  | |  | **□** spółdzielnia**□** inna (proszę podać jaka) ………………………………… | |  |
|  | | **5. Numer statystyczny pracodawcy (REGON)** | | | |
|  | |  |  | |  |
|  | | **6. NIP** | | | |
|  | |  | - - - | |  |
|  | | **7. Podstawowy rodzaj działalności wg PKD** | | | |
|  | |  |  | |  |
|  | | **8. Liczba zatrudnionych pracowników** | | | |
|  |  | **□**mikroprzedsiębiorstwo (0-9) **□**małe przedsiębiorstwo (10-49) **□**średnie przedsiębiorstwo (50-249)  **□**duże przedsiębiorstwo (250 i więcej) | |  |
|  | | **9. Czy pracodawca jest agencją zatrudnienia?** | | | |
|  | |  | **□** nie  **□**tak (proszę podać nr wpisu do rejestru) …………………………………………………………………… | |  |
|  | |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **II. INFORMACJE DOTYCZACE ZGŁASZANEGO MIEJSCA PRACY** | | |  |
|  | **10. Nazwa i kod zawodu** | | | |
|  |  | ………………………………………………………………………………………………………………. | |  |
|  | **11. Nazwa stanowiska** | | | |
|  |  | ………………………………………………………………………………………………………………. | |  |
|  | **12. Liczba wolnych miejsc pracy w tym dla osób niepełnosprawnych** | | | |
|  |  |  |  |  |
|  | **13. Liczba kandydatów kierowanych przez urząd pracy** | | | |
|  | **14. Miejsce wykonywania pracy (nazwa i adres)** | | | |
|  |  | ………………………………………………………………………………………………………………. | |  |
|  | **15.Wymiar czasu pracy (podać liczbę godzin):** | | | |
|  |  | **□** cały etat  **□** inny ………………………………………………. | |  |
|  | **16. Dodatkowe informacje o stanowisku** (czy pracodawca zapewnia zakwaterowanie, wyżywienie, dojazd itp.) | | | |
|  |  | ………………………………………………………………………………………………………………. | |  |
|  | **17. Rodzaj umowy:** | |  |  |
|  |  | **□**czas nieokreślony □czas określony od………… do……..... | |  |
|  |  | **□**okres próbny **□**praca w zastępstwie **□**tymczasowa | |  |
|  |  | **□**zlecenie **□**dzieło **□**inne.................................. | |  |
|  | **18. System i rozkład czasu pracy:** | | |  |
|  |  | **□**jednozmianowa (od ……... do……...) **□**dwie zmiany (od ………. do…..….; od ………. do…..…)  □ trzy zmiany (od ……..do…..….; od ………. do………; od ………. do…..…) □ ruch ciągły | |  |
|  |  | **□**inne …………………………………………………………………….. | |  |
|  | **19. Wysokość wynagrodzenia brutto**………………………………………………………. | | |  |
|  | **20. System wynagradzania:** | | |  |
|  |  | **□**miesięczny **□**godzinowy **□**akordowy **□**prowizyjny **□**inny ……………………………………………………… | |  |
|  | **21. Data rozpoczęcia pracy**………………………………………………………………………………… | | |  |
|  | **22. Ogólny zakres zadań i obowiązków na danym stanowisku:** | | |  |
|  | …………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………  **23. Oczekiwania pracodawcy wobec kandydatów:** | | |  |
|  |  | poziom wykształcenia |  |  |
|  |  | kwalifikacje i umiejętności |  |  |
|  |  | uprawnienia |  |  |
|  |  | doświadczenie zawodowe |  |  |
|  |  | znajomość języków obcych |  |  |
|  | **24.Sposób aplikowania: □**osobisty **□**e-mail ………………………………………………………………………………… | | |  |
|  |  |  |  |  |
|  | **25.Czy pracodawca jest zainteresowany zatrudnieniem kandydatów z Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG)?** | | |  |
|  |  | **□**tak | |  |
|  |  | **□**nie |  |  |

|  |
| --- |
| **26. Czy oferta pracy została złożona w celu uzyskania informacji starosty wydawanej w związku z zatrudnieniem cudzoziemca:**  **□ Nie**  □ **Tak** (okres powierzenia wykonywania pracy): od……………………………..do…………………………….  **□ wyrażam zgodę / □ nie wyrażam zgody** na kierowanie przez tutejszy Urząd kandydatów w związku  ze złożoną ofertą pracy.  □ informacja zostanie odebrana osobiście/ □ proszę przesłać na wskazany poniżej adres:  ……………………………………………………………………………………………………………………. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **III. OŚWIADCZENIE PRACODAWCY** | | |  |
|  | 1. Oferta pracy została zgłoszona do innego Powiatowego Urzędu Pracy  □ nie□ tak (podać do którego………………...………………………………………………….........................................); | | |  |
|  | 2. Jestem zainteresowany/a przekazaniem oferty do innych urzędów pracy celem upowszechnienia w ich siedzibie □nie □tak (podać do którego …………………………………………… …………………………………….……………);  3**.** □**jestem zainteresowany**/a □**nie jestem zainteresowany/a** zorganizowaniem giełdy pracy; | | |  |
|  | 4. □**wyrażam** / □**nie wyrażam zgody** na podawanie do wiadomości publicznej informacji umożliwiających identyfikację pracodawcy; | | |  |
|  | 5. w okresie do 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy □**zostałem/ am** / □**nie zostałem/ am** skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych lub □**jestem** /□**nie jestem** objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie; | | |  |
|  | 6. zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Urzędu Pracy w Policach w przypadku utraty aktualności oferty. | | |  |
|  |  |  |  |  |
| Administrator– Powiatowy Urząd Pracy w Policach ul. Tadeusza Kościuszki 5, informuje Panią/Pana o realizacji nałożonego na administratora obowiązku informacyjnego istniejącego w przypadku zbierania danych osobowych zgodnie z art. 13, 14 i 15 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 sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/ WE (Dz.Urz. UE L 119/1 z 4.05.2016r).Pełna treść klauzuli informacyjnej dotyczącej obowiązków Administratora – PUP w Policach zamieszczona jest na stronie BIP (<http://bip.pup.policki.pl>) , w zakładce „ochrona danych osobowych”. | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *Miejscowość, data* |  | *Podpis i pieczęć* |

Kontakt:

Pośrednik pracy: Alicja Fedorowicz

tel. 91 312 32 16

e-mail: afedorowicz@pup.policki.pl

1. Należy zakreślić właściwe pole. [↑](#footnote-ref-1)
2. Art. 233 § 1 Kodeksu Karnego: Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8. [↑](#footnote-ref-2)