**UWAGA:**

**Prosimy o zapoznanie się z regulaminem refundowania pracodawcy**

**zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej dostępnym   
na naszej stronie internetowej** [**myslowice.praca.gov.pl**](http://www.myslowice.pup.gov.pl) **lub w Powiatowym Urzędzie Pracy w Mysłowicach w pok. nr 15.**

**W celu właściwego uzupełnienia wniosku prosimy o staranne jego przeczytanie.**

**Obejmuje on zestaw zagadnień, których znajomość jest niezbędna do przeprowadzenia kompleksowej analizy formalnej i finansowej przedsięwzięcia oraz podjęcia przez PUP właściwej decyzji.**

**Sam fakt złożenia wniosku nie gwarantuje otrzymania pomocy ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.**

**Od negatywnego stanowiska PUP nie służy odwołanie.**

**Załączniki do wniosku Wn -W:**

1. Jeżeli wniosek składa spółka cywilna należy przedstawić umowę spółki (kserokopia potwierdzona   
 za zgodność z oryginałem).

2.Zaświadczenie, że wnioskodawca nie zalega z opłacaniem składek do Zakładu Ubezpieczeń  
 Społecznych (oryginał lub kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem ważne 1 miesiąc),  
 (w przypadku spółki cywilnej zaświadczenie ze spółki oraz wszystkich wspólników).

3. Zaświadczenie, że wnioskodawca nie zalega z opłatami z tytułu zobowiązań podatkowych do  
 Urzędu Skarbowego (oryginał lub kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem   
 ważne 1 miesiąc)(w przypadku spółki cywilnej zaświadczenie ze spółki oraz   
 wszystkich wspólników)

4. Zaświadczenie, że wnioskodawca nie zalega z opłatami w Urzędzie Miasta (oryginał lub  
 kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem ważne 1 miesiąc) (w przypadku   
 spółki zaświadczenie ze spółki oraz wszystkich wspólników)

5. Deklaracja wpłat na PFRON z ostatniego miesiąca obowiązku dokonania wpłaty (dotyczy   
 zakładów pracy zobowiązanych do wpłat na PFRON, kserokopia potwierdzona za zgodność  
 z oryginałem).

6) Dokument określający tytuł prawny do lokalu, w którym mają zostać utworzone nowe   
 stanowiska pracy (kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem).

7) Bilans oraz rachunek zysków i strat za ostatnie dwa lata obrotowe- w przypadku podmiotów  
 sporządzających bilans, w pozostałych przypadkach – roczne rozliczenie podatkowe za ostatnie   
 dwa lata, wraz z dowodem przyjęcia przez urząd skarbowy lub poświadczone przez audytora albo   
 z dowodem nadania do urzędu skarbowego (kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem).

8) Aktualne zaświadczenie z banku o posiadanych środkach finansowych, obrotach na rachunku za  
 ostatni rok, zdolności kredytowej, ewentualnym zadłużeniu i prawnej formie zabezpieczenia oraz   
 lokatach terminowych (oryginał).

9. Zaświadczenia o otrzymanej pomocy de minimis z ostatnich 3 lat poprzedzających dzień złożenia  
 wniosku (kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem).

11. Dane dotyczące stanu zatrudnienia (wzór – załącznik Nr l).

12. Oświadczenie Pracodawcy (wzór – załącznik Nr 2).

13. Kalkulacja wydatków na wyposażenie stanowiska pracy w ramach środków PFRON, środków

własnych oraz uzasadnienie celowości dokonanych zakupów (wzór – załącznik Nr 3).

15. Dane poręczycieli (wzór - załącznik Nr 4) wraz z zaświadczeniami o zarobkach.

W przypadku gdy poręczycielem jest:

- osoba pracująca na czas nieokreślony lub określony – należy przedstawić zaświadczenie   
 o dochodach (oryginał, wzór – załącznik Nr 5);

emeryt - należy przedstawić decyzję o nadaniu emerytury oraz ostatni dokument  
 potwierdzający otrzymanie należności kwit z poczty lub przelew (kserokopie potwierdzone za  
 zgodność z oryginałem).

- osoba prowadząca działalność gospodarczą - należy przedstawić zeznanie podatkowe PIT   
 za poprzedni rok potwierdzone przez Urząd Skarbowy (kserokopia potwierdzona za zgodność  
 z oryginałem) oraz zaświadczenia z ZUS i US o niezaleganiu z płatnościami (zaświadczenie   
 z ZUS i US należy dostarczyć po pozytywnej weryfikacji wniosku w oryginale lub kserokopie

potwierdzone za zgodność z oryginałem ważne 1miesiąc).

16. Oświadczenie o zobowiązaniach finansowych podpisane przez poręczycieli (oryginał, wzór –   
 załącznik Nr 6).

17. Oświadczenie współmałżonka wnioskodawcy (oryginał, wzór – załącznik Nr 7).

18. Oświadczenie Pracodawcy o sytuacji majątkowej w przypadku wyboru aktu notarialnego   
 o dobrowolnym poddaniu się egzekucji jako zabezpieczenia zwrotu refundacji ……………szt.

19. Oświadczenie wnioskodawcy o wysokości oszczędności w przypadku wyboru blokady rachunku bankowego jako zabezpieczenia zwrotu dofinansowania (oryginał)……..………szt.

20. Świadectwa pracy osób wykazanych w części III pkt. 3 wniosku (kserokopia potwierdzona   
za zgodność z oryginałem)……………………szt.

21. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (wzór – zał. nr 8)

**WNIOSEK NIEUZUPEŁNIONY I NIEKOMPLETNY**

**NIE BĘDZIE PODLEGAĆ ROZPATRZENIU!!!**

Załącznik Nr 1

**III. Dane dotyczące stanu zatrudnienia.**

1. W dniu złożenia wniosku zatrudniam ………………….. pracowników co stanowi  
 w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy………………….. etatów.

2. W okresie ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem wniosku, zatrudnienie w zakładzie

przedstawiało się następująco:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Miesiąc |  |  |  |  |  |  |
| Liczba pracowników |  |  |  |  |  |  |
| Liczba etatów   w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy\* |  |  |  |  |  |  |

\* do stanu pracowników nie wlicza się: umów cywilno-prawnych; pracowników stałych przebywających na urlopie macierzyńskim, przebywających na urlopie wychowawczym; odbywających służbę wojskową; pracowników młodocianych.

3. W przypadku zmniejszenia stanu zatrudnienia proszę podać:

- liczbę zwolnionych pracowników……………………………………………………………

- przyczyna zwolnień (dokładnie określić przyczynę zwolnienia, podstawę prawną) ..............

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

oraz dostarczyć kserokopie świadectw pracy do wyżej wymienionych pracowników (potwierdzone za zgodność z oryginałem)

4. Koszty wydatków poniesionych na zatrudnionego pracownika

|  |  |
| --- | --- |
| Planowana kwota poniesionych wydatków w okresie 36 miesięcy zatrudnienia skierowanej osoby  (wynagrodzenie brutto oraz opłacane od tych wynagrodzeń składki na ubezpieczenie) | Miesięcznie:   1. ………………………...……….(wynagrodzenie brutto) 2. …………………………………………………………  (składki na ubezpieczenia)   W okresie 36 miesięcy:   1. ………………………………..(wynagrodzenie brutto) 2. …………………………………………………………   (składki na ubezpieczenia) |

………………………………………………….

/Data i podpis Pracodawcy /¹

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¹ Wniosek winien być podpisany przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Pracodawcy.

Załącznik Nr 2

**II. Oświadczenie Pracodawcy:**

1) zapoznałem się z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz   
 zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;

2) zapoznałem się z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 marca 2011r.   
 w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej;

3) zapoznałem się z Regulaminem określającym szczegółowe warunki i tryb dokonywania refundacji   
 ze środków PFRON kosztów wyposażenia stanowiska praca osoby niepełnosprawnej i akceptuję jego treść.

4) prowadzę działalność gospodarcząw rozumieniu przepisów o Prawie Przedsiębiorców przez  
 okres 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku Wn –W o refundację   
 z tym, że do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia   
 działalności gospodarczej;

5) nie zmniejszyłem wymiaru czasy pracy pracownika i nie rozwiązałem stosunku pracy z pracownikiem   
 w drodze wypowiedzenia dokonanego przez pracodawcę, bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn   
 niedotyczących pracowników w okresie w okresie 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku Wn - W;

6) korzystałem / nie korzystałem z pomocy *de minimis* w okresie 3 lat poprzedzających dzień złożenia  
 wniosku;

7) otrzymałem / nie otrzymałem innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów kwalifikowanych;

8) nie zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom   
 oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz   
 Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych i nie posiadam  
 zaległości w stosunku do Urzędu Skarbowego;

9) nie posiadam zaległości z zobowiązaniach wobec Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób   
 Niepełnosprawnych;

10) nie zalegam w dniu złożenia wniosku Wn –W z opłacaniem w terminie innych danin publicznych;

11) nie posiadam w dniu złożenia wniosku Wn –W nieuregulowanych w terminie zobowiązań   
 cywilnoprawnych;

12) nie posiadam zajęć egzekucyjnych (egzekucje komornicze lub egzekucje cywilnoprawne);

13) nie jestem dłużnikiem Urzędu;

14) w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku nie zostałem skazany prawomocnym wyrokiem   
 za naruszenie przepisów prawa pracy i nie jestem objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej   
 sprawie**;**

15) nie znajduję się w trudnej sytuacji ekonomicznej według kryteriów określonych w przepisach prawa Unii   
 Europejskiej dotyczących udzielania pomocy publicznej;

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

17) nie toczy się w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek likwidację; 18) utrzymam wyposażone stanowisko/a pracy przez okres 36 miesięcy;

19) skierowana osoba otrzyma wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułu ubezpieczeń społecznych oraz norm wewnątrzzakładowych przysługujących zatrudnionym pracownikom

20) posiadam uprawnienia i zezwolenia konieczne do prowadzenia działalności zgodnie z wpisem w Centralnej Informacji Krajowego Rejestru Sądowego, Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, bądź umowie spółki cywilnej;

21) spełniam warunki określone w:

- art. 26 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;

- rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 marca 2011r.   
 w sprawie zwrotu kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej;

- rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1407/2136 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z dnia 24.12.2013r., str. 1);

- rozporządzeniu Komisji (WE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie zastosowania art. 10 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze produkcji rolnej (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013r., str.9).

**Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 272 k.k.) oświadczam,   
że dane zawarte w złożonym wniosku są zgodne z prawdą.**

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

data (pieczęć i podpis osoby lub osób uprawnionych

do reprezentowania Pracodawcy)

Przyjmuję do wiadomości, że zgodnie z art. 37 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r.   
o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity Dz. U. z 2020 r. poz. 708, z późn. zm.) przedsiębiorcy ubiegający się o pomoc są zobowiązani do:

- przedstawienia podmiotowi udzielającemu pomocy de minimis wraz z wnioskiem wszystkich zaświadczeń o pomocy de minimis, jakie otrzymał w ciągu 3 ostatnich lat poprzedzających dzień wystąpienia z wnioskiem o udzielenie pomocy;

- informacji niezbędnych do udzielenia pomocy de minimis, dotyczących w szczególności wnioskodawcy  
 i prowadzonej przez niego działalności gospodarczej oraz wielkości i przeznaczenia pomocy publicznej otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis.

- przedstawienia w dniu podpisania umowy przyznającej refundację dodatkowych zaświadczeń lub oświadczeń   
o uzyskanej pomocy de minimis jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z urzędem otrzymam taką pomoc.

…………………………..…….. ………………………………….…………….

data (pieczęć i podpis osoby lub osób uprawnionych

do reprezentowania Pracodawcy)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  | (miejscowość, data) |  |  |

**Oświadczenie**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku   
z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

* administratorem moich danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy z siedzibą w Mysłowicach (41–400), ul. Mikołowska 4a,
* moje dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy   
  oraz mogą zostać udostępnione innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa,
* administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej,
* dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, zgodny z jednolitym rzeczowym wykazem akt obowiązującym w Powiatowym Urzędzie Pracy w Mysłowicach,
* posiadam prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania i sprostowania oraz w zakresie wynikającym z przepisów do usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania,
* posiadam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego do przetwarzania danych osobowych, gdy uznam, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r.,
* podanie Urzędowi moich danych osobowych jest niezbędne dla zrealizowania uprawnienia lub spełnienia obowiązku wynikającego z przepisów ustawy   
  z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
* moje dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu procesowi podejmowania decyzji przez administratora danych osobowych.

Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych: inspektor@myslowice.pup.gov.pl

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | | (podpis osoby lub osób uprawniony do reprezentowania Pracodawcy) |

Załącznik nr 3

**KALKULACJA WYDATKÓW NA WYPOSAŻENIE STANOWISKA PRACY ……………………………..………………**

**W RAMACH ŚRODKÓW Z PFRON ORAZ ŚRODKÓW WŁASNYCH1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj nakładów** | **Ilość sztuk** | **Nazwa produktu (marka, typ, cechy)** | **Wartość brutto zakupów w zł  z podziałem na źródła finansowania** | | **Rodzaj zakupu** | | **Uzasadnienie celowości zakupu** |
| Środki własne(przewidywany zakup od dnia złożenia wniosku do dnia dokonania zakupów wyposażenia stanowiska | Przewidywane  z refundacji  (przewidywany zakup po podpisaniu umowy) | **nowy** | **używany** |
| **Środki trwałe**  (wyszczególnienie) |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Maszyny, wyposażenie, urządzenia,**  **oprogramowanie,**  **narzędzia**  (wyszczególnienie) |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem:** | |  |  |  | | |

………………………………….

Podpis Pracodawcy

¹ Specyfikacja zakupów znajdzie swoje odzwierciedlenie w zawieranej umowie dlatego powinna być dokładnie przemyślana i zweryfikowana pod kątem celowości oraz cen rynkowych i ich konkurencyjności.

Załącznik nr 4

**Dane poręczyciela**

Pan(i)……………………………………………………………………………………………

( nazwisko i imię )

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

( numer PESEL )

zamieszkały(a)………………………………………………………………………………….

( dokładny adres )

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

( miejsce pracy i jego dokładny adres )

miesięczny dochód brutto……………………………………………………………………

**…………………………………………………………………………………….**

**Dane poręczyciela**

Pan(i)……………………………………………………………………………………………

( nazwisko i imię )

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

( numer PESEL )

zamieszkały(a)………………………………………………………………………………….

( dokładny adres )

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

( miejsce pracy i jego dokładny adres )

miesięczny dochód brutto………………………………………………………………………

Załącznik nr 5

………………………………. ……….. ………………………

(pieczęć zakładu pracy) (data, miejscowość)

**ZAŚWIADCZENIE –** wypełnia zakład pracy

Pan / Pani: Imię ……………………………….. Nazwisko……………………………………………...

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Nr PESEL -**

Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………………...

(miejscowość, ulica, nr domu)

Nazwa zakładu pracy …………………………………………………………………………………….

Adres zakładu pracy ……………………………………………………………………………………...

Niniejszym zaświadcza się, iż wymieniony(a) Pan(i) jest zatrudniony(a) w naszym zakładzie na stanowisku ……………………………………………………………………………………………….

Umowa o zatrudnieniu zawarta jest na czas określony / nieokreślony\*

Od dnia ……………………………………. do dnia ……………………………………………………

Średnie wynagrodzenie (brutto) z ostatnich trzech miesięcy wynosi ……………………………...zł.

słownie …………………………………………………………………………………………………..

Wynagrodzenie powyższe jest / nie jest\* obciążone z tytułu wyroków sadowych lub innych.

Kwota obciążenia ………………………………………………………………………………………...

Wyżej wymieniony(a) znajduje się / nie znajduje się\* w okresie wypowiedzenia umowy o zatrudnieniu ani w okresie próbnym. Jest / nie jest\*  pracownikiem sezonowym.

Pracodawca jest / nie jest\* w stanie likwidacji lub upadłości.

………………………………………………..

(pieczęć i podpis prezesa, dyrektora, właściciela)

\* niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 6

………………………………..

(data, miejscowość)

**OŚWIADCZENIE**

Pan / Pani: Imię ……………………………….. Nazwisko……………………………………………... PESEL………………………………………………...

Adres zamieszkania ……………………………………………………………………………………...

(miejscowość, ulica, nr domu)

Nazwa zakładu pracy/firmy………………………………………………………………………………

Adres zakładu pracy/firmy……………………………………………………………………………….

Średnie wynagrodzenie (brutto) z ostatnich trzech miesięcy wynosi ………………………….……...zł.

słownie …………………………………………………………………………………………………..

Kwota aktualnych zobowiązań finansowych:…………………………………………….…………

Wysokość miesięcznej spłaty zadłużenia:……………………………………………………………

………………………………………………..

(data i podpis poręczyciela)

**OŚWIADCZENIE**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku   
z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

* administratorem moich danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy z siedzibą w Mysłowicach (41–400), ul. Mikołowska 4a,
* moje dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy   
  oraz mogą zostać udostępnione innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa,
* administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej,
* dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, zgodny z jednolitym rzeczowym wykazem akt obowiązującym w Powiatowym Urzędzie Pracy w Mysłowicach,
* posiadam prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania i sprostowania oraz w zakresie wynikającym z przepisów do usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania,
* posiadam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego do przetwarzania danych osobowych, gdy uznam, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r.,
* podanie Urzędowi moich danych osobowych jest niezbędne dla zrealizowania uprawnienia lub spełnienia obowiązku wynikającego z przepisów ustawy   
  z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
* moje dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu procesowi podejmowania decyzji przez administratora danych osobowych.

Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych: inspektor@myslowice.pup.gov.pl

…………………………………………………..

(data i podpis poręczyciela)

Załącznik nr 7

................................................... Mysłowice, dnia …………….….

Imię i nazwisko

…………………………………………………

Adres zamieszkania

…………………………………………………

PESEL

**OŚWIADCZENIE WSPÓŁMAŁŻONKA WNIOSKODAWCY**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na zawarcie przez mojego męża / moją żonę   
…………………………………………………… Umowy, w ramach której Powiatowy Urząd Pracy   
w Mysłowicach przyznaje środki na doposażenie lub wyposażenie stanowiska pracy dla skierowanego bezrobotnego w wysokości ……...……………………………………………………………………….

(słownie:………………………………………........................................................................................)

Zostałam/em poinformowana/y o sytuacjach, w których w/w środki będą musiały zostać zwrócone do urzędu wraz z ustawowymi odsetkami, naliczonymi od dnia wypłacenia środków   
i wyrażam zgodę na ich egzekucję z majątku wspólnego – art. 787 kodeksu postępowania cywilnego.

………………………………………..

(podpis współmałżonka Pracodawcy)

**OŚWIADCZENIE**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

* administratorem moich danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy   
  z siedzibą w Mysłowicach (41–400), ul. Mikołowska 4a,
* moje dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz mogą zostać udostępnione innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa,
* administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej,
* dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, zgodny z jednolitym rzeczowym wykazem akt obowiązującym w Powiatowym Urzędzie Pracy w Mysłowicach,
* posiadam prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania i sprostowania oraz   
  w zakresie wynikającym z przepisów do usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania,
* posiadam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego do przetwarzania danych osobowych, gdy uznam, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r.,
* podanie Urzędowi moich danych osobowych jest niezbędne dla zrealizowania uprawnienia lub spełnienia obowiązku wynikającego z przepisów ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
* moje dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu procesowi podejmowania decyzji przez administratora danych osobowych.

Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych: inspektor@myslowice.pup.gov.pl

……………………………………………

(podpis współmałżonka Pracodawcy)