**Załącznik nr 1**

Mysłowice, dnia………………………..

……………………………

(pieczątka pracodawcy)

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Dyrektor**  **Powiatowego Urzędu Pracy w Mysłowicach**  **ul. Mikołowska 4a** |

**WNIOSEK**

**pracodawcy o organizację szkolenia w ramach**

**trójstronnej umowy szkoleniowej**

1. **Dane pracodawcy**
2. Pełna nazwa pracodawcy…………………………………………………………………………………
3. Adres siedziby pracodawcy………………………………………………………………………………
4. Miejsce prowadzenia działalności………………………………………………………………………..
5. Telefon ………………………… fax ………………………………………………………………….

e-mail …………………………………………………………………………………………………….

1. Numer identyfikacji REGON……………………………………………………………………………
2. Numer identyfikacji podatkowej NIP……………………………………………………………………
3. Forma prawna prowadzonej działalności…………………………………………………………………
4. Rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD)………………………………………………………………………………………………………
5. Wielkość przedsiębiorstwa – zgodnie z ustawą Prawo Przedsiębiorców z dnia 6 marca 2018r.

(Dz.U. z 2018r. poz. 646 z późn. zm.):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ mikro | □ mały | □ średni | □ inny |

1. Liczba wszystkich zatrudnionych pracowników……………………………………………………….

(na dzień złożenia wniosku)

1. Osoba / osoby uprawniona/e do reprezentacji i podpisania wnioskowanej umowy (zgodnie   
   z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem):

Imię i nazwisko……………………………………. stanowisko służbowe……………………………………

Imię i nazwisko……………………………………. stanowisko służbowe……………………………………

1. Osoba wyznaczona do kontaktu z urzędem:

Imię i nazwisko………………………………... stanowisko służbowe…………………………………..

telefon/fax ……………………………………..e-mail……………………………………………………

1. **Informacje dotyczące potrzeb szkoleniowych pracodawcy**
2. Pożądany poziom i rodzaj wykształcenia lub kwalifikacji kandydatów na szkolenie:

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

1. Zakres umiejętności, uprawnień, kwalifikacji do uzyskania w wyniku szkolenia:

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

1. Liczba uczestników szkolenia:……………………………………………………………………………
2. Imię i nazwisko, PESEL uczestnika szkolenia:…………………………..................................................
3. Dodatkowo pracodawca **może** wskazać:

* preferowany realizator szkolenia[[1]](#footnote-1) ……………………………………………………………….
* termin realizacji szkolenia………………………………………………………………………..
* miejsce realizacji szkolenia………………………………………………………………………

1. **Uzasadnienie wniosku:**

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

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

pieczątka i podpis pracodawcy

**Załączniki do wniosku:**

1. Zobowiązanie do zatrudnienia osób bezrobotnych skierowanych na szkolenie **(załącznik nr 1**).
2. Dokumenty potwierdzające prawną formę istnienia pracodawcy :

* statut w przypadku stowarzyszenia, fundacji lub spółdzielni;
* inne, które ze względu na specyfikę prawnej formy istnienia podmiotu nie zostały wyżej wymienione (dotyczy np. jednostek budżetowych, producentów rolnych, szkół, przedszkoli);

1. Zaświadczenia / oświadczenie o otrzymanej lub nieotrzymanej pomocy de minimis w bieżącym roku oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat obrotowych;
2. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis **(załącznik nr 2).**

**Oświadczenia pracodawcy:**

1. Zapoznałem się z Ustawą o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20.04.2004r.   
   (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1265 z późn. zm.);
2. Zapoznałem się z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie szczegółowych warunków realizacji oraz trybu i sposobów prowadzenia usług rynku pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 667),
3. Zapoznałem się i w pełni akceptuję treść Regulaminu w sprawie organizacji szkoleń w ramach trójstronnych umów szkoleniowych Powiatowego Urzędu Pracy w Mysłowicach;
4. **Nie zalegam/ zalegam** w dniu złożenia niniejszego wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych i **nie posiadam/** **posiadam** zaległości w stosunku do Urzędu Skarbowego;
5. **Prowadzę/nie prowadzę** działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku (do okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu jej zawieszenia);
6. **Posiadam/nie posiadam** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
7. **Posiadam/nie posiadam** w dniu złożenia wniosku zajęć egzekucyjnych (egzekucje komornicze lub administracyjne);
8. **Zalegam/nie zalegam1** z opłacaniem w terminie innych danin publicznych;
9. **Byłem/nie byłem** karany w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 06 czerwca 1997r. – Kodeks karny lub ustawy   
   z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (t.j. Dz. U. z 2019r. poz. 628);
10. **Toczy/nie toczy się** w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i **został/nie został** zgłoszony wniosek o likwidację;
11. **Byłem/nie byłem** karany w okresie 365 dni przed złożeniem wniosku za naruszenie praw pracowniczych oraz nie jestem objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie;
12. **Korzystałem/ nie korzystałem** z pomocy de minimis w bieżącym roku oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat obrotowych;
13. **Ciąży/nie ciąży** na mnie na mnie obowiązek zwrotu pomocy wynikający z decyzji Komisji Europejskiej uznającej pomoc za niezgodną z prawem lub wspólnym rynkiem (rynkiem wewnętrznym) – zgodnie   
    z ustawą z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej   
    (t.j. Dz. U. z 2018r. poz. 362 z późn.zm.);
14. **Spełniam/ nie spełniam** warunki 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);
15. **Spełniam/ nie spełniam** warunki rozporządzenia (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).

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 pieczątka i podpis pracodawcy

**Załącznik nr 1 do wniosku**

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

Oświadczam, że zobowiązuję się do zatrudnienia osoby bezrobotnej:

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

imię, nazwisko, PESEL

skierowanej na szkolenie, w ramach trójstronnej umowy szkoleniowej, na okres co najmniej 6 miesięcy,   
w pełnym wymiarze czasu pracy w ramach umowy o pracę, **w ciągu 2 miesięcy od zakończenia szkolenia** ( bez względu na wynik egzaminu państwowego i ewentualny brak uprawnień do wykonywania zawodu).

W sytuacji braku uprawnień do wykonywania zawodu, osoba bezrobotna …………………………………………………………………………………………………………………..

imię nazwisko, PESEL

zostanie zatrudniona na stanowisku………………………………………………………………………….. oraz będzie wykonywała następujące obowiązki:

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

W związku z powyższym, zgłaszam ofertę pracy na co najmniej 6 miesięcy, która będzie ważna po ukończeniu szkolenia przez osobę bezrobotną.

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

data pieczątka i podpis pracodawcy

**Ocena wniosku pod względem formalnym i merytorycznym (wypełnia Powiatowy Urząd Pracy):**

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

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

………………………… …………………………………

Data Podpis pracownika PUP

**Opinia Doradcy Klienta określająca predyspozycje do wykonywania zawodu, spełnianie warunków zawartych w Regulaminie określającym zasady organizacji szkoleń w ramach trójstronnych umów szkoleniowych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Mysłowicach:**

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

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

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

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

……………………... …………………………………..

Data Podpis Doradcy Klienta

**Informacja dotycząca Pracodawcy wskazanego w Deklaracji Pracodawcy:**

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

…………………… ………………………………….

Data Podpis Doradcy Klienta

………………………………………. ………………………………………

Akceptacja Kierownika IURP Akceptacja Zastępcy Dyrektora PUP

**Decyzja Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy:**

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

…………………….. ……………………….

Data Podpis Dyrektora PUP

1. Realizatorem szkolenia jest instytucja szkoleniowa, o której mowa w art. 20 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach tynku pracy [↑](#footnote-ref-1)