**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).

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).

4. Zaświadczenie, że wnioskodawca nie zalega z opłatami w Urzędzie Miasta (oryginał lub  
 kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem ważne 1 miesiąc).

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 2018 r. poz. 362, 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 ) ( imię ojca )

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

( nazwisko rodowe mężatek ) ( data urodzenia ) ( numer PESEL )

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

( dokładny adres )

dowód osobisty …………………………………………………………………………………

( seria ) ( numer ) ( data wydania) ( wydany przez )

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

( miejsce pracy i jego dokładny adres )

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

**…………………………………………………………………………………….**

**Dane poręczyciela**

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

( nazwisko i imię ) ( imię ojca )

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

( nazwisko rodowe mężatek ) ( data urodzenia ) ( numer PESEL )

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

( dokładny adres )

dowód osobisty …………………………………………………………………………………

( seria ) ( numer ) ( data wydania) ( wydany przez )

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

( 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……………………………………………... Panieńskie………………………………………………………………………………………………...

Urodzony(a) dnia …………miesiąc ………………rok …………w……………………………………

Imię ojca …………………………………………………………………………………………………

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

**Nr PESEL -**

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

(miejscowość, ulica, nr domu)

Dowód osobisty seria ……………….. numer ……………………data wydania …………………........

Organ wydający ………………………………………………………………………………………….

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 ……………………………………………………

Przeciętne 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**

**O prawdziwości informacji zawartych w oświadczeniu pod rygorem odpowiedzialności przewidzianej w art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeksu Karnego**

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

Urodzony(a) dnia……miesiąc……………rok….……w…………………województwo………………

Imię ojca …………………………………………………………………………………………………

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

(miejscowość, ulica, nr domu)

Dowód osobisty seria ……………….. numer ……………………data wydania …………………........

Organ wydający ………………………………………………………………………………………….

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

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

Przeciętne 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**

Ja, niżej podpisany(-a), …………………………………………………………………………

(imię i nazwisko współmałżonka)

wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dokumentacji dotyczącej realizacji procedury przyznawania środków na doposażenie lub wyposażenie stanowiska pracy, zgodnie z Rozporządzeniem 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, wyłącznie w celu realizacji ww. procedury.

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)