………………………………………

Miejsce, data

**Starosta Powiatu Żyrardowskiego**

za pośrednictwem

Powiatowego Urzędu Pracy w Żyrardowie

**WNIOSEK O SFINANSOWANIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO PRACOWNIKÓW I PRACODAWCY (REZERWA)**

*na zasadach określonych w art. 69 a i 69 b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 r., poz.475.) oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018r. poz. 117)*

1. **DANE PRACODAWCY/WNIOSKODAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa pracodawcy |  |
| Adres siedziby pracodawcy |  |
| Miejsce prowadzenia działalności |  |
| Nr telefonu oraz adres email |  |
| NIP, REGON |  |
| Forma prawna prowadzonej działalności |  |
| PKD |  |
| Wielkość przedsiębiorstwa – zgodnie z ustawą z dnia 6 marca 2018r. Prawo Przedsiębiorców ( Dz. U. z 2018r. poz.646)[[1]](#footnote-1) \*: | **□**mikro  **□** małe  **□**średnie **□** inne |
| Liczba pracowników zatrudnionych na podstawie **umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, lub spółdzielczej umowy o pracę** (zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy Dz.U. z 2019 r. poz. 1040 ze zm.) na dzień złożenia wniosku |  |
| Osoba / osoby uprawniona do reprezentacji i podpisania wnioskowanej umowy (zgodnie  z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem) : |  |
| Osoba wyznaczona do kontaktu z Urzędem, nr telefonu, adres email |  |
| Nazwa banku i nr konta bankowego Pracodawcy |  |

1. **CAŁKOWITA WARTOŚĆ PLANOWANYCH DZIAŁAŃ KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

Całkowita wysokość wydatków, która będzie poniesiona na działania związane  
z kształceniem ustawicznym: ..................................................................................................zł

słownie: ………………………………...............................................................................

w tym:

1. kwota wnioskowana z KFS[[2]](#footnote-2): …......................................................................................zł

słownie: ..……………………………………………………….............................................

1. kwota wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę: …..........................................zł

słownie: ..……………………………………………………………………………………..

Przy wyliczaniu wkładu własnego pracodawcy nie należy uwzględniać takich kosztów jak:

wynagrodzenie za godziny nieobecności w pracy w związku z uczestnictwem w zajęciach, koszty delegacji w przypadku konieczności dojazdu do miejscowości innej niż miejsce szkolenia, koszty dojazdu na miejsce realizacji usługi, koszty zakwaterowania.

**Wnioskowane środki KFS będą przeznaczone na finansowanie z uwzględnieniem poniższych priorytetów Rady Rynku Pracy na rok 2024** (prosze wpisać liczbę osób do objęcia wsparciem):

**PRIORYTET A –** Wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników Centrów Integracji Społecznej, Klubów Integracji Społecznej, Warsztatów Terapii Zajęciowej, Zakładów Aktywności Zawodowej, członków lub pracowników spółdzielni socjalnych oraz pracowników zatrudnionych w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego wskazanych na liście/rejestrze przedsiębiorstw społecznych prowadzonych przez MRiPS - ………………………..osób

**PRIORYTET B -** Wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności - …………………… osób

**RIORYTET C -** Wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które mogą udokumentować wykonywanie przez co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, a którym nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej - ………………….. osób

**PRIORYTET D -** Wsparcie kształcenia ustawicznego w obszarach/branżach kluczowych dla rozwoju powiatu wskazanych w dokumentach strategicznych/ planach rozwoju - …………………………. osób.

**C. RODZAJ WSPARCIA - WYSZCZEGÓLNIENIE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | **Nazwa kursu** | Liczba osób | Termin realizacji  (od ..do..) | Koszt szkolenia dla jednej osoby | Całkowita wysokość wydatków  w zł | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł | **Wnioskowana wysokość środków z KFS**  **w zł** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  | **-** | **-** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | **Nazwa studiów podyplomowych** | Liczba osób | Termin realizacji studiów podyplomowych  (od..do) | Koszt studiów podyplomowych dla jednej osoby | Całkowita wysokość wydatków w zł | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł | **Wnioskowana wysokość środków z KFS**  **w zł** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  | **-** | **-** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | **Rodzaj badań lekarskich i/lub**  **psychologicznych wymaganych do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu** | Liczba osób | Termin realizacji  (od..do) | Koszt dla jednej osoby | Całkowita wysokość wydatków w zł | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł | **Wnioskowana wysokość środków z KFS**  **w zł** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | **Rodzaj egzaminu umożliwiającego uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych** | Liczba osób | Termin przeprowadzenia egzaminu  (od..do..) | Koszt egzaminu dla jednej osoby | Całkowita wysokość wydatków w zł | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł | **Wnioskowana wysokość środków z KFS**  **w zł** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | **Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjęciem kształcenia** | Liczba osób | Data ubezpieczenia  (od..do..) | Koszt ubezpieczenia od NNW dla jednej osoby | Całkowita wysokość wydatków w zł | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł | **Wnioskowana wysokość środków z KFS**  **w zł** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Uwaga: Proszę uzupełnić tabelę zgodnie z planowanym rodzajem wsparcia.**

**D. INFORMACJE O UCZESTNIKACH KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | | **Pracodawca/y** | **Liczba pracowników** | |
| **razem** | **kobiety** |
| Objęci wsparciem ogółem | |  |  |  |
| w tym: | | | | |
| Według rodzajów wsparcia | Kursy realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą |  |  |  |
| Studia podyplomowe realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą |  |  |  |
| Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych |  |  |  |
| badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu, |  |  |  |
| Ubezpieczenie NNW w związku z podjętym kształceniem |  |  |  |
| Według grup wiekowych | 15 - 24 lata |  |  |  |
| 25 - 34 lata |  |  |  |
| 35 - 44 lata |  |  |  |
| 45 lat i więcej |  |  |  |
| Według wykształcenia | Gimnazjalne i poniżej |  |  |  |
| Zasadnicze zawodowe |  |  |  |
| Średnie ogólnokształcące |  |  |  |
| Policealne i średnie zawodowe |  |  |  |
| Wyższe |  |  |  |
| Wykonujący pracę w szczególnych warunkach oraz pracę o szczególnym charakterze | |  |  |  |

**E. UZASADNIENIE POTRZEBY ODBYCIA WYBRANEGO KSZTAŁCENIA I ZGODNOŚĆ UZYSKANYCH KOMPETENCJI PRZY UWZGLĘDNIENIU OBECNYCH I PRZYSZŁYCH POTRZEB PRACODAWCY/PRACOWNIKA**

1. Krótki opis potrzeb pracodawcy w obszarze kształcenia ustawicznego i niezbędnych środków na sfinansowanie tych działań:

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

1. Zgodność kompetencji nabywanych przez uczestników kształcenia ustawicznego z potrzebami lokalnego rynku pracy:

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

1. Rodzaj wykonywanej pracy – zakres obowiązków pracownika kierowanego na kształcenia

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

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

d) Sposób wykorzystania nabytych w toku kształcenia ustawicznego kompetencji zawodowych ( należy opisać do jakich czynności zawodowych będą wykorzystane nabyte umiejętności, a nie czego uczestnik nauczy się w trakcie szkolenia)

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

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

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

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

1. Zgodność planowanych działań z określonymi na 2024 rok priorytetami wydatkowania środków KFS (dotyczy priorytetów Rady Rynku Pracy)

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

**F. REALIZATOR USŁUGI KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | nazwa i siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego |  |
|  | nazwa kształcenia ustawicznego  /terminy realizacji wsparcia |  |
|  | liczba godzin kształcenia ustawicznego |  |
|  | cena usługi kształcenia ustawicznego/koszt przypadający na jednego uczestnika |  |
|  | liczba osób dedykowanych do objęcia kształceniem |  |
|  | 1. W przypadku kursów – nazwa dokumentu, na podstawie którego wybrany realizator ma uprawnienia do prowadzenia pozaszkolnych form kształcenia ustawicznego 2. posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług (podać nazwę dokumentu)   **przykłady certyfikatów jakości usług powszechnie uznawanych:** Akredytacja kuratora oświaty, Certyfikat ISO 29990:2010, , Znak Jakości Małopolskich Standardów Usług Edukacyjno-Szkoleniowych (MSUES), Akredytacja Centrów Egzaminacyjnych ECDL, Znak Jakości PASE. | 1. ………………………………………………………..  ………………………………………………………..  ………………………………………………………..  ………………………………………………………..  2………………………………………………………  ………………………………………………………..  ………………………………………………………..  ………………………………………………………. |
|  | Numer Regon oraz numer KRS bądź CEIDG realizatora usługi kształcenia ustawicznego |  |
|  | Informacja o porównywalnych ofertach usług (minimum 1 oferta) | Nazwa realizatora usługi i adres: |
| Nazwa usługi: |
| Cena rynkowa: |
| Liczba godzin: |

**\* Uwaga: w przypadku kilku realizatorów usług tabelę należy powielać, zgodnie z liczbą realizatorów.**

**Uzasadnienie wyboru danego realizatora**

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

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

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

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

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

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

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

**G. Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osób, które będą objęte kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS:**

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

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

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

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

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

………………………………… …………………………………………

(miejscowość, data)(pieczątka i podpis Pracodawcy lub osoby upoważnionej

do reprezentowania Pracodawcy)

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

1. Oświadczenie wnioskodawcy - **załącznik nr 1**.
2. Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis - **Załącznik nr 2.**
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis  
   - **Załącznik nr 3.**
4. Kopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności - w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej - **załącznik 4.**
5. Program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu - **załącznik 5.**
6. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników,

wystawiony przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on

z przepisów powszechnie obowiązujących - **załącznik nr 6.**

1. Wykaz imienny osób do objęcia działaniami w ramach KFS **– załącznik nr 7.**
2. Oświadczenie dotyczące udziału Prezesa/Viceprezesa lub członków zarządu w kształceniu – **Załącznik nr 8**
3. Oświadczenie Pracodawcy dotyczące spełnienia warunku Priorytetu B – **Załącznik nr 9**

**Załącznik nr 1**

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

*(pieczęć firmowa wnioskodawcy) (miejscowość i data)*

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1 Kodeksu karnego, oświadczam w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję, co następuje:**

1. **Zalegam/ Nie zalegam**\* w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
2. **Zalegam / Nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;
3. **Posiadam/ Nie posiadam\*** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
4. **Spełniam warunki / Nie spełniam\*** warunków rozporządzenia MPiPS z dnia 14 maja 2014r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018r. poz. 117);
5. **Spełniam warunki\*/Nie spełniam warunków\*,** o których mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 2023/2831 z dnia 13.12.2023 r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz.Urz. UE L 352 z 24.12.2013 r.)\*
6. **Spełniam warunki / Nie spełniam warunków**\*, o których mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18.12.2013r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013r.)\*;
7. Oświadczam, że **jestem /nie jestem\*** zobowiązany/a do zwrotu kwoty stanowiącej równowartość udzielonej pomocy publicznej, co do której Komisja Europejska wydała decyzję o obowiązku zwrotu pomocy\*;
8. Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie przez Urząd swoich danych osobowych dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o której mowa w rozporządzeniu MPiPS z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (t.j. Dz. U. z 2018 poz.117) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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 (RODO)
9. Forma kształcenia, o którą wnioskuję nie rozpoczęła się i nie została już zakończona.
10. Jestem świadomy(a), że kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego jest finansowane ze środków publicznych i w związku z tym podlega szczególnym zasadom rozliczania.
11. Jestem pracodawcą w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks Pracy (Dz. U. z 2019r. poz. 1040 z późn. zm.).
12. W bieżącym roku **złożyłem/nie złożyłem**\* wniosek o środki Krajowego Funduszu szkoleniowego (KFS) na sfinansowanie kształcenia ustawicznego w innym Powiatowym Urzędzie Pracy.

Znam i rozumiem przepisy wspólnotowe i krajowe dotyczące pomocy publicznej dla przedsiębiorców. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Urzędu Pracy jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.

*\* niepotrzebne skreślić*

*……………………………………………………………………..…*

*(data, podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy)*

**Załącznik nr 2**

**OŚWIADCZENIE O POMOCY *DE MINIMIS***

***składane do wniosku w przypadku, gdy Wnioskodawca podlega przepisom o pomocy publicznej***

*Art. 37 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tj. Dz.U. z 2023r., poz. 702 z późn. zm.)*

**Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1 Kodeksu karnego, oświadczam,**

* że w ciągu ostatnich trzech lat 1):
* Pracodawca **nie otrzymał** środków stanowiących pomoc de minimis lub
* Pracodawca **otrzymał** środki stanowiące pomoc de minimis, wykazane poniżej:

W przypadku uzyskania pomocy *proszę wypełnić poniższą tabelę:*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Podmiot udzielający pomocy** | **Podstawa prawna otrzymanej pomocy i jej przeznaczenie** | **Data udzielenia pomocy**  **(dzień-miesiąc-rok)** | **Wielkość pomocy brutto** | |
| **w PLN** | **w EUR** |
| .... |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | **Łączna wartość *de minimis*** |  |  |

* **Otrzymałem / nie otrzymałem\*** inną pomoc ze środków publicznych, niezależnie od jej

formy i źródła pochodzenia, w tym ze środków z budżetu Unii Europejskiej, udzieloną

**w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą.**

* Pracodawca wraz z podmiotami powiązanymi w rozumieniu przepisów unijnych:

**przekracza/** **nie przekracza\*** przysługującego limitu środków, stanowiących pomoc *de minimis2)*

Od 1.01.2024r. obowiązuje nowe rozporządzenie UE nr 2023/2831 o pomocy de minis, wg którego:

1. okresu 3 lat to minione 3 lata (np. 01.02.2021r.-01.02.2024r.),
2. limit pomocy w okresie 3 lat wynosi 300.000 EUR.

…………………………..………………

(data, podpis Pracodawcy)

**\*** – niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 7**

**Wykaz imienny pracowników/pracodawcy do objęcia KFS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Rodzaj umowy  o pracę  (umowa na czas nieokreślony / określony  do dnia……. | Stanowisko | Nr priorytetu  (zgodnie z 3 stroną wniosku) | Forma kształcenia  (nazwa kursu, nazwa studiów podyplomowych, nazwa egzamin) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Załącznik nr 8**

…………………….…………

(nazwa firmy)

…………………………….…

(adres siedziby)

OŚWIADCZENIE

Działając w imieniu ……………………………………. , oświadczam, że wśród osób wskazanych do kształcenia we Wniosku o przyznanie środków Krajowego Funduszu szkoleniowego na sfinansowanie kształcenia ustawicznego:

1. jest/nie ma\* Prezes/a i Wice Prezesa Zarządu, który jest jedynym lub większościowym udziałowcem Spółki;
2. są/nie ma\* członkowie Zarządu, którzy są zatrudnieni w spółce na podstawie umowy o pracę.

…………..……………………….

(*data, podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby*

*uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy)*

\*niepotrzebne skreślić

**Klauzula informacyjna dla przedsiębiorców w rozumieniu ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców i** **innych podmiotów korzystających z pomocy określonej w ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy** **dotycząca przetwarzania danych osobowych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Żyrardowie**

Zgodnie z art. 13 ust.1 i 2 i art. 14 ust. 1 i ust. 2 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) (Dz.U. L 119 z 4.5.2016, str. 1—88), dalej: RODO informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Żyrardowie, ul. Limanowskiego 45 – reprezentowany przez Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Żyrardowie.
2. W Powiatowym Urzędzie Pracy w Żyrardowie jest powołany Inspektor Ochrony Danych, z którym można skontaktować się pod e-mail: sekretariat@pup-zyrardow.pl
3. Pana/i dane osobowe przetwarzane będą w celu:
   * realizacji instrumentów i usług rynku pracy określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy i aktach wykonawczych do tej ustawy oraz w ustawie z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego, ustawie z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, zgodnie z art. 6 ust.1 lit. c, e oraz art. 9 ust.2 lit. b RODO;
   * zawarcia i wykonania umowy, w tym kontaktowania się w związku z jej realizacją zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. b RODO;
   * wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze, w tym m.in. dochodzenia roszczeń, archiwizowania danych, na wypadek potrzeby wykazania faktów zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO.
4. Dane pozyskane w sposób inny niż od osoby, której dane dotyczą - Powiatowy Urząd Pracy w Żyrardowie przetwarza następujące kategorie danych: dane identyfikacyjne, dane adresowe oraz dane kontaktowe.
5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty upoważnione do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa m.in. sądy, organy ścigania komornicy sądowi i inne organy państwowe, gdy wystąpią z żądaniem, w oparciu o stosowną podstawę prawną, podmioty przetwarzające na zlecenie i w imieniu administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, w celu świadczenia określonych w umowie usług np.: operatorzy pocztowi usług teleinformatycznych tj. hosting, dostarczanie lub utrzymanie systemów informatycznych, usług prawnych i doradczych.
6. Pana/i dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (EOG).
7. Pana/i dane osobowe nie będą przechowywane dłużej, niż jest to konieczne dla celu, dla którego zostały zebrane i w czasie określonym przepisami prawa.
8. Administrator dokłada wszelkich starań, aby zapewnić środki fizycznej, technicznej i organizacyjnej ochrony danych osobowych przed ich przypadkowym czy nieumyślnym zniszczeniem, przypadkową utratą, zmianą, nieuprawnionym ujawnieniem, wykorzystaniem czy dostępem, zgodnie ze wszystkimi obowiązującymi przepisami. W tym celu zobowiązuje się właściwie chronić Pana/i dane osobowe zgodnie z przyjętymi wewnętrznymi procedurami.
9. Administrator jest zobowiązany prawnie do przetwarzania danych osobowych w celu realizacji obowiązku ustawowego. Posiada Pan/i prawo dostępu do treści swoich danych ich sprostowania i przenoszenia, usunięcia, ograniczenia, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania. W przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się na podstawie zgody przysługuje Pani/i prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Z powyższych praw można skorzystać poprzez e-mail: iod@pupgm.internetdsl.pl lub osobiście bądź pisemnie pod adresem wskazanym w pkt. 1. Przysługuje Panu/i prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pan/i, że przetwarzanie Pana/i danych osobowych narusza przepisy RODO.
10. Podanie danych osobowych jest obowiązkiem wynikającym z ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz aktów wykonawczych do tej ustawy. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości realizacji zadań o których mowa w ww. ustawie.
11. Pana/i dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

Data i podpis: ……………………………………………………………………………..

Załącznik nr 9

**Oświadczenie Pracodawcy**

**o spełnianiu Priorytetu B**

(wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności)

Oświadczam, że pracodawca/ pracownicy wskazany/ni do kształcenia w ramach Priorytetu B posiadają aktualne orzeczenia o stopniu niepełnosprawności\*.

…………….………………..…………………………………

(*data, podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby*

*uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy)*

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

**\*Przed podpisaniem umowy o dofinansowanie niezbędne będzie dostarczenie kserokopii orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez Pracodawcę.**

1. \*właściwe zaznaczyć

   *1Mikroprzedsiębiorstwo – to przedsiębiorstwo zatrudniające do 9 pracowników włącznie i którego roczny obrót i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 milionów EUR.*

   *Małe przedsiębiorstwo – to przedsiębiorstwo zatrudniające do 49 pracowników włącznie i którego roczny obrót i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów EUR.*

   *Średnie przedsiębiorstwo – to przedsiębiorstwo zatrudniające do 249 pracowników włącznie i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR a/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów EUR.*

   *Inne przedsiębiorstwo – to przedsiębiorstwo, które nie kwalifikuje się do żadnej z ww. kategorii przedsiębiorstw.* [↑](#footnote-ref-1)
2. 2 Środki KFS mają wspierać pracodawców inwestujących w kształcenie osób pracujących. Ustawowo określono wysokość tego wsparcia: 1) regułą jest, że 80% kosztów kształcenia ustawicznego sfinansuje KFS, pracodawca pokryje 20% kosztów; 2) 100% kosztów kształcenia ustawicznego mogą mieć sfinansowane ze środków KFS mikroprzedsiębiorstwa. [↑](#footnote-ref-2)