**POWIATOWY URZĄD PRACY**

**W PISZU**

**12-200 Pisz, ul. Zagłoby 2**

….………………………………..

(Pieczęć Wnioskodawcy)

**WNIOSEK**

**o przyznanie finansowania składek pracowników przedsiębiorstwa społecznego będących osobami zagrożonymi wykluczeniem społecznym**

numer…………..

(nadaje PUP)

1. **PODSTAWA PRAWNA:**

### Art. 21 ustawy z dnia 05 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej

1. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej
2. rozporządzenia Komisji (UE) nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 TFUE do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 2023/2831 z 15.12.2023 r.),
3. rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 TFUE do pomocy de minimis w sektorze rolnym.
4. rozporządzenia Komisji (UE) Nr 717/20214 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 TFUE do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury.
5. **DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY:**
6. Pełna nazwa Wnioskodawcy: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

siedziba:……………………………………………………………………………………................................

miejsce prowadzenia działalności: ………………………………………………………………………………

tel/fax……………………………………………………………….……………………………………………

e-mail:……………………………………………………………………………………………………………

1. Adres do e-doręczeń: AE:PL - \_ \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ \_ - \_ \_
2. REGON:……………………...., PKD 2007: ……………………….. , NIP: ………………………………….

KRS……………………………………………………………………………………………………………...

1. Forma organizacyjno-prawna: …………………………………………………………………………………..
2. Data rozpoczęcia działalności: …………………………………………………………………………………..
3. Imię i Nazwisko oraz PESEL osoby uprawnionej do zawarcia umowy: ……………………………………………………………………………………………………………………
4. Numer rachunku bankowego: ……………………………………………………………………………………
5. Stopa procentowa ubezpieczenia wypadkowego ………………………………………………………………...
6. Numer indywidualny konta ZUS…………………………………………………………………………………
7. Termin dokonywania wypłaty wynagrodzeń pracownikom ………………………………………………
8. Wyrażam/nie wyrażam zgodę na przesyłanie korespondencji drogą elektroniczną. Jeśli tak proszę o podanie adresu e-mail ………………………………………………………………………………………………..
9. **DANE DOTYCZĄCE REFUNDACJI SKŁADEK PRACOWNIKÓW PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO BĘDĄCYCH OSOBAMI ZAGROŻONYMI WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM**
10. Miejsce wykonywania pracy ……………………………………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa stanowiska | Imię i nazwisko pracownika | PESEL | Okres zatrudnienia pracownika, który zostanie objęty refundacją | Rodzaj stosunku pracy | Przynależność  osoby przed zatrudnieniem \* | Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto | Wnioskowany okres refundacji |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* Przynależność osoby przed zatrudnieniem:

1. bezrobotnych, o których mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia,
2. bezrobotnych długotrwale, o których mowa w art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia,
3. poszukujących pracy, o których mowa w art. 2 pkt 24 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia, bez zatrudnienia:

- w wieku do 30. roku życia oraz po ukończeniu 50. roku życia lub

- niewykonujących innej pracy zarobkowej, o której mowa w art. 2 pkt 9 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia,

1. osób niepełnosprawnych w rozumieniu art. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
2. absolwentów centrum integracji społecznej oraz absolwentów klubu integracji społecznej,   
   o których mowa w art. 2 pkt 1a i 1b ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym,
3. osób spełniających kryteria, o których mowa w art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
4. osób uprawnionych do specjalnego zasiłku opiekuńczego, o których mowa w art. 16a ust. 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r.

o świadczeniach rodzinnych,

1. osób usamodzielnianych, o których mowa w art. 140 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej oraz w art. 88 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
2. osób z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego,
3. osób pozbawionych wolności, osób opuszczających zakłady karne oraz pełnoletnich osób opuszczających zakłady poprawcze,
4. osób starszych, o których mowa w art. 4 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych,
5. osób, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą.

………..….…………………………………..

(Data i podpis osoby upoważnionej wnioskodawcy)

D. ZAŁĄCZNIKI

1. Dokument rejestracyjny wnioskodawcy (np. statut, uchwała, regulamin, decyzja) - nie dotyczy KRS i wpisu do CEIDG.
2. Oświadczenie wnioskodawcy ubiegającego się o udzielenie pomocy de minims (załącznik nr 1 ).
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis; - jeżeli dotyczy.
4. Oświadczenie wnioskodawcy o otrzymanej pomocy de minimis w okresie 3 lat w tym również ze wszystkich jednostek gospodarczych ze sobą powiązanych w przypadku wnioskodawcy spełniającego kryteria jednego przedsiębiorstwa (załącznik nr 2) - jeżeli dotyczy lub kserokopia zaświadczeń o otrzymanej pomocy potwierdzonych za zgodność

z oryginałem.

1. Oświadczenie wnioskodawcy o otrzymanej pomocy de minimis w rolnictwie w okresie 3 lat, w tym również ze wszystkich jednostek gospodarczych ze sobą powiązanych w przypadku wnioskodawcy spełniającego kryteria jednego przedsiębiorstwa (załącznik nr 2a) - jeżeli dotyczy lub kserokopia zaświadczeń o otrzymanej pomocy potwierdzonych za zgodność z oryginałem.
2. Oświadczenie wnioskodawcy o otrzymanej pomocy de minimis w rybołówstwie w okresie 3 lat, w tym również ze wszystkich jednostek gospodarczych ze sobą powiązanych w przypadku wnioskodawcy spełniającego kryteria jednego przedsiębiorstwa (załącznik nr 2b - jeżeli dotyczy lub kserokopia zaświadczeń o otrzymanej pomocy potwierdzonych za zgodność z oryginałem.
3. Pełnomocnictwo do reprezentowania Wnioskodawcy (nie wymagane jeżeli osoba podpisująca wniosek jest upoważniona z imienia i nazwiska do reprezentowania Wnioskodawcy w dokumencie rejestrowym).

POUCZENIE!

1. Wniosek należy wypełnić czytelnie wpisując treść w każdym wyznaczonym punkcie. Wszelkie poprawki należy zaparafować.
2. Niedopuszczalne jest jakiekolwiek modyfikowanie i usuwanie elementów wniosku- możliwe jest wyłączenie rozszerzenie rubryk wynikające z objętości treści.
3. Urząd Pracy w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku informuje wnioskodawcę o rozpatrzeniu wniosku i podjętej decyzji. W przypadku gdy wniosek jest nieprawidłowo wypełniony lub niekompletny, Urząd Pracy wyznacza wnioskodawcy co najmniej 7-dniowy termin na jego uzupełnienie. Wnioski nieuzupełnione we wskazanym terminie pozostawia się bez rozpatrzenia. Termin rozpatrzenia wniosku liczony będzie od dnia dostarczenia kompletu dokumentów.
4. Kserokopie przedkładanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem.

UWAGA:

1. Złożenie wniosku nie gwarantuje otrzymania refundacji.
2. Od negatywnego rozpatrzenia wniosku nie przysługuje odwołanie.

Oświadczam, iż zapoznałem/am się z listą wymaganych załączników oraz treścią niniejszego pouczenia:

……………………………

(Data i podpis wnioskodawcy)

1. INFORMACJA DOTYCZĄCA **REFUNDACJI SKŁADEK PRACOWNIKÓW PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO BĘDĄCYCH OSOBAMI ZAGROŻONYMI WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM**

Pomoc finansowa w postaci refundacji składek pracowników przedsiębiorstwa społecznego będących osobami zagrożonymi wykluczeniem społecznym jest udzielana zgodnie z warunkami dopuszczalności pomocy de minimis.

Wysokość pomocy:

Część wynagrodzenia odpowiadająca składce należnej od zatrudnionego na ubezpieczenia emerytalne, rentowe

i chorobowe oraz część kosztów osobowych pracodawcy odpowiadająca składce na ubezpieczenia emerytalne, rentowe i wypadkowe za zatrudnionego mogą podlegać finansowaniu ze środków Funduszu Pracy w pełnej wysokości przez okres 24 miesięcy od dnia zatrudnienia oraz w połowie wysokości przez kolejne 12 miesięcy, do wysokości odpowiadającej wysokości miesięcznej składki, której podstawą wymiaru jest kwota minimalnego wynagrodzenia za pracę.

**Osoba zagrożona wykluczeniem społecznym:**

1. bezrobotnych, o których mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia,
2. bezrobotnych długotrwale, o których mowa w art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy   i służbach zatrudnienia,
3. poszukujących pracy, o których mowa w art. 2 pkt 24 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy

i służbach zatrudnienia, bez zatrudnienia:

- w wieku do 30. roku życia oraz po ukończeniu 50. roku życia lub

- niewykonujących innej pracy zarobkowej, o której mowa w art. 2 pkt 9 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia,

1. osób niepełnosprawnych w rozumieniu art. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
2. absolwentów centrum integracji społecznej oraz absolwentów klubu integracji społecznej,   
   o których mowa w art. 2 pkt 1a i 1b ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym,
3. osób spełniających kryteria, o których mowa w art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
4. osób uprawnionych do specjalnego zasiłku opiekuńczego, o których mowa w art. 16a ust. 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych,
5. osób usamodzielnianych, o których mowa w art. 140 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r.

o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej oraz w art. 88 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r.

o pomocy społecznej,

1. osób z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r.

o ochronie zdrowia psychicznego,

1. osób pozbawionych wolności, osób opuszczających zakłady karne oraz pełnoletnich osób opuszczających zakłady poprawcze,
2. osób starszych, o których mowa w art. 4 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych,
3. osób, które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą.

**Załącznik nr 1**

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY/ PRACODAWCY**

**Oświadczam, że:**

1. Nie jestem / jestem\* beneficjentem pomocy\*\* w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r.

o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2025 r. poz.468 );

1. Nie zalegam / zalegam\* w dniu złożenia wniosku z zapłatą wynagrodzeń pracownikom;
2. Nie zalegam / zalegam\* w dniu złożenia wniosku z zapłatą należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych, wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
3. Nie zalegam / zalegam\* w dniu złożenia wniosku z zapłatą innych danin publicznych;
4. Nie zalegam/zalegam\* w dniu złożenia wniosku z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne;
5. Nie otrzymałem / otrzymałem\* pomoc de minimis w okresie 3 lat (w przypadku otrzymania pomocy należy wypełnić zał. nr 2 do wniosku);
6. Nie otrzymałem / otrzymałem\* pomoc de minimis w rolnictwie w okresie 3 lat (w przypadku otrzymania pomocy należy wypełnić zał. nr 2a do wniosku );
7. Nie otrzymałem / otrzymałem\* pomoc de minimis w rybołówstwie w okresie 3 lat (w przypadku otrzymania pomocy należy wypełnić zał. nr 2b do wniosku);
8. **Nie otrzymałem / otrzymałem\*** decyzji (ę) Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej

w okresie wcześniejszym, uznającej pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem;

1. W okresie ostatnich 2 lat nie byłem prawomocnie skazany za przestępstwo składania fałszywych zeznań lub oświadczeń, przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów lub przeciwko obrotowi gospodarczemu i interesom majątkowym w obrocie cywilnoprawnym, przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową, na podstawie ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz. U. z 2025 r. poz. 383), przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r. - Kodeks karny skarbowy (Dz. U.

z 2024 r. poz. 628, z późn. zm.) lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego;

1. Skierowani bezrobotni otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułu ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych przysługujące pracownikom zatrudnionym na podobnych lub tych samych stanowiskach;
2. Spełniam/nie spełniam\* warunki rozporządzenia Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r.  w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L, 2023/2831 z 15.12.2023)
3. Wnioskowana pomoc nie będzie pomocą przyznaną na działalność związana z wywozem do państw trzecich lub innych państw członkowskich, tzn. pomocy bezpośrednio związanej z ilością wywożonych produktów, tworzeniem i prowadzeniem sieci dystrybucyjnej lub innymi wydatkami związanymi z prowadzeniem działalności wywozowej;,
4. Wnioskowana pomoc nie będzie miała zastosowania do pomocy, której kwotę ustalono na podstawie ceny lub ilości produktów nabytych lub wprowadzonych do obrotu.
5. Wnioskowana pomoc nie będzie uwarunkowana pierwszeństwem korzystania z produktów krajowych w stosunku do produktów przywożonych.

**\* niewłaściwe skreślić**

**Zobowiązuje się** do złożenia stosownego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej oraz pomocy de minimis w dniu podpisania umowy, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Piszu otrzymam pomoc publiczną lub pomoc de minimis.

**W przypadku, gdy informacje złożone w powyższym oświadczeniu ulegną zmianie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zobowiązuje się do poinformowania Powiatowy Urząd Pracy w Piszu o tym fakcie.**

\* niewłaściwe skreślić

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia**

…………………..…………………………

(pieczęć i podpis Wnioskodawcy/Pracodawcy)

**Załącznik nr 2**

…………………………………

(pieczęć firmowa Wnioskodawcy/Pracodawcy)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE OTRZYMANIA/NIEOTRZYMANIA\* POMOCY DE MINIMIS**

**Oświadczam** że w okresie 3 lat:

**otrzymałem pomoc de minimis** w wysokości …………..………......... euro

W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie albo dołączyć kserokopie, potwierdzone za zgodność z oryginałem zaświadczenia o uzyskanej pomocy de minimis w okresie 3 lat:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Podmiot udzielający pomocy** | **Nr umowy** | **Podstawa prawna udzielonej pomocy** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy w euro** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |

1. **otrzymałem\* / nie otrzymałem\*** inną pomoc publiczną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą na pokrycie, których ma być przeznaczona pomoc de minimis.

**\*niewłaściwe skreślić**

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia**

…………………………………….

(pieczęć i podpis Wnioskodawcy)

*Załącznik nr 2a*

…………………………………

(pieczęć firmowa Wnioskodawcy/Pracodawcy)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE OTRZYMANIA/ NIEOTRZYMANIA\* POMOCY DE MINIMIS**

**PRODUCENTA ROLNEGO**

**Oświadczam** że w okresie 3 lat:

**otrzymałem pomoc de minimis w rolnictwie** w wysokości …………..………......... euro

W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie albo dołączyć kserokopie, potwierdzone za zgodność z oryginałem zaświadczenia o uzyskanej pomocy de minimis w okresie 3 lat:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Podmiot udzielający pomocy** | **Nr umowy** | **Podstawa prawna udzielonej pomocy** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy  w euro** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |

1. **otrzymałem\* / nie otrzymałem\*** inną pomoc publiczną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą na pokrycie, których ma być przeznaczona pomoc de minimis   
   w rolnictwie.

**\*niewłaściwe skreślić**

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia**

………………………………….

(pieczęć i podpis Wnioskodawcy

*Załącznik nr 2 b*

…………………………………

(pieczęć firmowa Wnioskodawcy/Pracodawcy)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE OTRZYMANIA/NIEOTRZYMANIA\* POMOCY DE MINIMIS**

**W RYBOŁÓWSTWIE**

**Oświadczam** że w okresie 3 lat:

**otrzymałem pomoc de minimis w rybołówstwie** w wysokości …………..………......... euro

W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie albo dołączyć kserokopie, potwierdzone za zgodność z oryginałem zaświadczenia o uzyskanej pomocy de minimis w okresie 3 lat:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Podmiot udzielający pomocy** | **Nr umowy** | **Podstawa prawna udzielonej pomocy** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy  w euro** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |

1. **otrzymałem\* / nie otrzymałem\*** inną pomoc publiczną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą na pokrycie, których ma być przeznaczona pomoc de minimis   
   w rybołówstwie.

**\*niewłaściwe skreślić**

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia**

…………………………………….

(pieczęć i podpis Wnioskodawcy

...................................................................   
 (imię/ imiona, nazwisko lub podmiot)

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

(adres)

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

1. Zgodnie z art. 13 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) administratorem danych osobowych, czyli podmiotem decydującym o celach i sposobach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Piszu przy ulicy Jana Onufrego Zagłoby 2.
2. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust.1 lit. c Rozporządzenia, o którym mowa w ust. 1 w związku art. 21 ustawy z dnia 05 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej ( dz. U. z 2022 r. poz. 1812),
3. Z administratorem danych osobowych można się skontaktować poprzez adres mailowy olpi@praca.gov.pl, telefonicznie pod numerem 87 425 24 31 lub pisemnie na adres siedziby administratora.
4. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych (IOD), kontakt iodo@pisz.praca.gov.pl
5. Dane osobowe pozyskane na podstawie niniejszego wniosku będą przetwarzane w celu jego realizacji lub zawarcia umowy, archiwalnym oraz statystycznym.
6. Dane osobowe nie będą udostępniane innym podmiotom.
7. Dane osobowe mogą zostać ujawnione właściwym organom, upoważnionym zgodnie z obowiązującym prawem.
8. Dane osobowe będą przechowywane do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikającego z obowiązującego Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt.
9. Przysługuje Pani/Panu prawo do dostępu do swoich danych osobowych, prawo żądania ich sprostowania oraz ograniczenia ich przetwarzania.
10. Podanie we wniosku danych jest niezbędne i wynika z wyżej wskazanych przepisów prawa.
11. W przypadku gdy moi pracownicy lub osoby trzecie będą zaangażowane w realizację przedmiotowego wniosku zobowiązuję się do przekazania informacji w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych w sprawie swobodnego przepływu takich danych.

………………………………………………………..

(Podpis)

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

(imię i nazwisko pracownika Przedsiębiorstwa Społecznego)

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

(adres)

* + - 1. Zgodnie z art. 13 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) administratorem danych osobowych, czyli podmiotem decydującym o celach i sposobach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Piszu przy ulicy Jana Onufrego Zagłoby 2.
      2. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust.1 lit. c Rozporządzenia, o którym mowa w ust. 1 w związku art. 21 ustawy z dnia 05 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej ( dz. U.

z 2022 r. poz. 1812),

* + - 1. Z administratorem danych osobowych można się skontaktować poprzez adres mailowy olpi@praca.gov.pl, telefonicznie pod numerem 87 425 24 31 lub pisemnie na adres siedziby administratora.
      2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych (IOD), kontakt iodo@pisz.praca.gov.pl
      3. Dane osobowe pozyskane na podstawie wniosku będą przetwarzane w celu jego realizacji lub zawarcia umowy, archiwalnym oraz statystycznym.
      4. Dane osobowe nie będą udostępniane innym podmiotom.
      5. Dane osobowe mogą zostać ujawnione właściwym organom, upoważnionym zgodnie

z obowiązującym prawem.

* + - 1. Dane osobowe będą przechowywane do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikającego z obowiązującego Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt.
      2. Przysługuje Pani/Panu prawo do dostępu do swoich danych osobowych, prawo żądania ich sprostowania oraz ograniczenia ich przetwarzania.
      3. Podanie we wniosku danych jest niezbędne i wynika z wyżej wskazanych przepisów prawa.

………………………………………………………..

(Podpis pracownika Przedsiębiorstwa Społecznego)