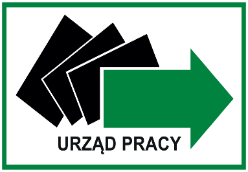
WZ.6810. .2025.WF

****

….………………………………….

(pieczątka Wnioskodawcy)

**Starosta Żniński za pośrednictwem**

**Powiatowego Urzędu Pracy w Żninie**

**WNIOSEK**

**o zawarcie umowy w sprawie finansowania składek pracownika przedsiębiorstwa społecznego na zasadach określonych w art.** **21 ustawy z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej**

**Podstawa prawna:**

1.Ustawa z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia.

2.Ustawa z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej.

3.Rozporządzenie Ministra Rodziny i Polityki społecznej z dnia 26 października 2022 r. w sprawie wzoru wniosku  przedsiębiorstwa społecznego o finansowanie składek oraz trybu ich finansowania.

**Refundacja ze środków Funduszu Pracy składek na ubezpieczenia społeczne za pracowników przedsiębiorstwa społecznego zagrożonych wykluczeniem społecznym jest udzielana zgodnie   
z warunkami dopuszczalności pomocy de minimis. W przypadku, gdy Pracodawca podlega przepisom   
o pomocy publicznej, zastosowanie mają:**

1.Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis.

2.Rozporządzenie Komisji (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.

3. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.

4. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108

Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury.

**I. Dane dotyczące przedsiębiorstwa społecznego (zwanego dalej PS):**

1.Nazwa Wnioskodawcy:………………………………………………………………………………………….

2. Forma prawna:…………………………………………………………………………….…………………….

3. Adres siedziby Wnioskodawcy: …………………. ………………………………………..…………………..

4. Numer telefonu:……………………………………………………………………………..…………………..

5. Adres do doręczeń (ADE):…………………………………………………………………………………......

7.NIP ……………………………...……………….REGON………………………………………….…………..

8. Nr KRS, innej ewidencji lub innego rejestru:……………………………………………………….…………

10.Data uzyskania statusu PS:……………………………………………………………………………………

11.Stopa ubezpieczenia wypadkowego zgodnie z deklaracją ZUS DRA..………….……………...…………

10. Nazwa i nr rachunku bankowego Pracodawcy: …..…………………………………………………………

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

11. Liczba zatrudnionych osób w przeliczeniu na pełen etat (zatrudnienie oznacza wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego oraz umowy o pracę nakładczą) …………………..

12. Imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby upoważnionej do podpisania wniosku/umowy (upoważnienie musi wynikać z dokumentów rejestrowych podmiotu lub stosownych pełnomocnictw – kopię dokumentów proszę dołączyć do wniosku)…………………...………………………………………….

13. Imię, nazwisko oraz stanowisko służbowe, nr telefonu / e-mail osoby wskazanej do kontaktu z Powiatowym Urzędem Pracy w Żninie…………………………………………………………………………

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

1. Termin wypłaty wynagrodzenia\*

⬜ do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący/ ⬜ do 10 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni

***(W przypadku wskazania innej osoby niż Pracodawca w poz. 12 i 13 wymagany jest podpis tej osoby na klauzuli informacyjnej (dotyczy osoby wskazanej do kontakt/upoważnionej do podpisania wniosku/umowy)- każda osoba oddzielnie.)***

**II.  Dane pracownika zatrudnionego w PS zagrożonego wykluczeniem społecznym**

1. Imię i nazwisko:……………………………………………………..…………………………………...........
2. PESEL:…………………………………………………………………………………………………………
3. Data rozpoczęcia zatrudnienia w PS:…………………………………………………………………….…
4. Okres, na który został zawarty stosunek pracy między PS a pracownikiem będącym osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym:……………………………………………………………………..
5. Wysokość miesięcznego wynagrodzenia brutto……………………………………….………………...zł
6. Wnioskowana kwota refundowanych składek na 1 osobę miesięcznie ...……………......................zł

- kwota ZUS (emerytalne, rentowe, wypadkowe, które pokrywa pracodawca)...............%...............zł

- kwota ZUS (emerytalne, rentowe, chorobowe, które pokrywa pracownik) ..................%................zł

**7.** Wskazanie grupy osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, do której ta osoba należy:

* bezrobotnego, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia,
* długotrwale bezrobotnego, o którym mowa w art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia,
* poszukującego pracy, o którym 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
  + niewykonującego innej pracy zarobkowej, o której mowa w art. 2 pkt 9 ustawy z dnia 20 marca   
    2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia,
* osoba niepełnosprawna w rozumieniu art. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,
* absolwent centrum integracji społecznej oraz absolwent klubu integracji społecznej, o których mowa   
  w art. 2 pkt 1a i 1b ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym,
* osoba spełniającą kryteria, o których mowa w art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
* osoba uprawniona do specjalnego zasiłku opiekuńczego, o której mowa w art. 16a ust. 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych,
* osoba usamodzielniana, o której mowa w art. 140 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej oraz art. 88 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
* osoba z zaburzeniami psychicznymi, o której mowa w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r.   
  o ochronie zdrowia psychicznego,
* osoba pozbawiona wolności, osoba opuszczającą zakład karny oraz pełnoletnia osoba opuszczającą zakład poprawczy,
* osoba starsza, o której mowa w art. 4 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych,
* osoba, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą;

**Potwierdzam prawidłowość danych zawartych w niniejszym wniosku oraz ich zgodność ze stanem faktycznym.**

**Przyjmuję do wiadomości, że dane zawarte w niniejszym wniosku zostaną uwzględnione w umowie z PUP w Żninie w przypadku jej podpisania.**

**Zobowiązuję się do powiadomienia PUP w Żninie o wszelkich zmianach dotyczących informacji zawartych we wniosku.**

…………………………………………………

(data, pieczątka i podpis Wnioskodawcy lub

osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy)

\*właściwe zaznaczyć znakiem X

**Załączniki do wniosku:**

1. Oświadczenie wnioskodawcy (załącznik nr 1)
2. Oświadczenie wnioskodawcy (załącznik nr 2)
3. Oświadczenie wnioskodawcy (załącznik nr 3)
4. Klauzula informacyjna dotycząca osoby wskazanej do kontaktu/upoważnionej do podpisania umowy (załącznik nr4)
5. Klauzula informacyjna dotycząca wnioskodawcy (załącznik nr 5)
6. Klauzula informacyjna dotycząca osoby zatrudnionej (załącznik nr 6)
7. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis - druk do pobrania.
8. Dokument poświadczający uprawnienia do występowania w obrocie prawnym np. w przypadku spółek – umowa spółki, akt notarialny.
9. Deklaracja rozliczeniowa ZUS DRA za ostatni miesiąc.
10. Kserokopia decyzji wojewody nadającej status przedsiębiorstwa społecznego.
11. Kopia umowy o pracę zatrudnionego pracownika.
12. Zaświadczenie o niezaleganiu z US

**Uwaga: Wymienione wyżej załączniki są niezbędne do rozpatrzenia wniosku. Kopie dokumentów powinny zostać potwierdzone za zgodność z oryginałem. Wnioski są rozpatrywane w terminie do 30 dni od dnia złożenia**

**Załącznik nr 1**

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**OŚWIADCZAM, ŻE:**

1. ⬜ **prowadzę działalność gospodarczą** i spełniam warunki dopuszczalności udzielenia pomocy de minimis oraz nie ciąży na mnie obowiązek zwrotu pomocy wynikający z wcześniejszej decyzji Komisji (UE) uznającej pomoc za niezgodną z prawem i wspólnym rynkiem

⬜ **nie prowadzę działalności gospodarczej\***, a udzielona pomoc jest wsparciem dla pracodawcy zgodnie z przepisami ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej

1. ⬜ **spełniam /** ⬜ **nie spełniam /** ⬜ **nie dotyczy\*** warunki(-ów) rozporządzenia Komisji (UE) Nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis;
2. ⬜ **spełniam /** ⬜ **nie spełniam /** ⬜ **nie dotyczy\*** warunki(ów) rozporządzenia Komisji (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 ;
3. ⬜ **spełniam /** ⬜ **nie spełniam /** ⬜ **nie dotyczy\*** warunki(ów) rozporządzenia rozporządzenie Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu   
   o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury;
4. ⬜ **zalegam /** ⬜ **nie zalegam** z zapłatą należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy, Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych ;
5. ⬜ **zalegam /** ⬜ **nie zalegam** z opłacaniemnależnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne;
6. ⬜ **posiadam /** ⬜ **nie posiadam** zaległości podatkowe;
7. ⬜ **korzystam /** ⬜ **nie korzystam\*** z finansowania/refundacji składek ZUS z innych środków publicznych, w tym ze środków PFRON lub budżetu Unii Europejskiej na osoby wskazane we wniosku o finansowanie składek;
8. Zapoznałem (-am) się i w pełni akceptuję przepisy dotyczące finansowania składek na ubezpieczenia społeczne osób zatrudnionych w przedsiębiorstwie społecznym zagrożonych wykluczeniem społecznym ujęte w Ustawie z dnia 5 sierpnia 2022 r. o ekonomii społecznej.

**Potwierdzam prawidłowość danych zawartych w niniejszym oświadczeniu oraz ich zgodność ze stanem faktycznym**.

…………………………………………………

(data, pieczątka i podpis Wnioskodawcy lub

osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy

**\*** właściwe zaznaczyć znakiem

**Załącznik nr 2**

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

W związku z ubieganiem się o przyznanie pomocy de minimis, wypełniając obowiązek   
wynikający z art. 37 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.

1.Oświadczam, że w ciągu 3 minionych lat  **otrzymałem(-am) /**  **nie otrzymałem(-am)** środków stanowiącychpomoc(-y) *de minimis/* w tym pomoc(-y) *de minimis* w rolnictwie i rybołówstwie

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Organ udzielający pomocy** | **Podstawa prawna** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy w euro** | **Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| **Razem:** | | | |  |  |

2.Oświadczam, że  **otrzymałem (-am) /**  **nie otrzymałem (-am)** pomoc (-y) publiczną (-ej) w  odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc *de minimis*

**Potwierdzam prawidłowość danych zawartych w niniejszym oświadczeniu oraz ich zgodność ze stanem faktycznym**.

…………………………………………………………

( data, pieczątka i podpis Pracodawcy lub osoby upoważnionej

do reprezentowania Pracodawcy)

\*właściwe zaznaczyć znakiem X

**Załącznik nr 3**

**Przedsiębiorca/Pracodawca**

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

*(pełna nazwa/firma, adres, NIP/REGON)*

reprezentowany przez:

………………………………...

…..………………………….

*(imię, nazwisko, stanowisko)*

**OŚWIADCZENIE**

dotyczące

**PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z ZAWARCIA UMOWY**

**O FINANSOWANIE SKŁADEK NA UBEZPIECZENIA SPOŁECZNE OSÓB ZATRUDNIONYCH W PRZEDSIĘBIORSTWIE SPOŁECZNYM ZAGROŻONYCH WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM**

Oświadczam, że na dzień zawarcia umowy nie podlegam wykluczeniu na podstawie ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….………. (miejscowość)*,* dnia ………….…………. r.

……………………………………….

*Podpis(-y) osoby(-ób/ upoważnionej(-ych)*

**Wypełnia pracownik PUP.**  
Sprawdzono, że podmiot nie widnieje na liście sankcyjnej dostępnej na stronie internetowej:<https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami>

…………………………………………...

*Podpis osoby przyjmującej*

**Załącznik nr 4**

**KLAUZULA INFORMACYJNA   
(dotyczy osoby wskazanej do kontaktu/upoważnionej do podpisania umowy)**

Na podstawie art. 14 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

1. Administratorem Państwa danych jest Powiatowy Urząd Pracy w Żninie **(adres ul. Składowa 4, 88-400 Żnin, adres e-mail: tozn@praca.gov.pl, numer telefonu: 52 303 11 26)**.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: inspektor@znin.praca.gov.pl lub pisemnie na adres Administratora.
3. Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań w szczególności weryfikacji uprawnień i danych, zapewnienia pomocy określonej w ustawie, prowadzenia postępowań kontrolnych, realizacji obowiązków sprawozdawczych, gdyż jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze ( art. 6 ust. 1 lit. c RODO) w zw. z Ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r . o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, Kodeksem postępowania administracyjnego z dnia 14 czerwca 1960 r., Ustawą z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych oraz aktami wykonawczymi.
4. Administrator przetwarza Państwa dane osobowe tj.: imię, nazwisko, telefon, stanowisko służbowe.
5. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych tj. 10 lat.
6. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym nie będą podlegać profilowaniu.
7. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
8. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
9. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
10. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
11. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
12. prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych   
    (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO).
13. Państwa dane osobowe zostały pozyskane od: Pracodawcy/Wnioskodawcy.
14. Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

………………………………………………………..

( data, i podpis osoby upoważnionej/wskazanej do kontaktu)

**Załącznik nr 5**

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz. U.UE.L. z 2016 r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

* 1. Administratorem Państwa danych jest Powiatowy Urząd Pracy w Żninie **(adres: ul. Składowa 4, 88 – 400 Żnin, adres e-mail: tozn@praca.gov.pl, numer telefonu: 52 303 11 26).**
  2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: inspektor@znin.praca.gov.pl lub pisemnie pod adres Administratora.
  3. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań w szczególności weryfikacji uprawnień  
     i danych, zapewnienia pomocy określonej w ustawie, prowadzenia postępowań kontrolnych i egzekucyjnych, realizacji obowiązków sprawozdawczych, gdyż jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) w zw. z Ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, Ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, Kodeksem postępowania administracyjnego z dnia 14 czerwca 1960 r., Ustawą z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych oraz aktami wykonawczymi.W przypadku dobrowolnego udostępniania przez Państwa danych osobowych innych niż wynikające z obowiązku prawnego, podstawę legalizującą ich przetwarzanie stanowi wyrażona zgoda na przetwarzanie swoich danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit. a RODO). Udostępnione dobrowolnie dane będą przetwarzane w celu realizacji ww. zadań.
  4. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych 10 lat. Natomiast w przypadku danych podanych dobrowolnie – co do zasady do czasu wycofania przez Państwa zgody na ich przetwarzanie.
  5. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
  6. Państwa dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
  7. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:

1. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
2. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
3. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
4. w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się na podstawie wyrażonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) - prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
5. w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się na podstawie wyrażonej zgody (art. 6 ust. 1 lit. a RODO) - prawo do usunięcia danych;
6. prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);
   1. Podanie przez Państwa danych osobowych w związku z ciążącym na Administratorze obowiązkiem prawnym jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3. Nieprzekazanie danych udostępnianych dobrowolnie pozostaje bez wpływu na rozpoznanie sprawy.
   2. Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

………………………………………………………..

( data, pieczątka i podpis Pracodawcy)

**Załącznik nr 6**

**KLAUZULA INFORMACYJNA   
(dotyczy osoby zatrudnionej)**

Na podstawie art. 14 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

1. Administratorem Państwa danych jest Powiatowy Urząd Pracy w Żninie **(adres ul. Składowa 4, 88-400 Żnin, adres e-mail: tozn@praca.gov.pl, numer telefonu: 52 303 11 26)**.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: inspektor@znin.praca.gov.pl lub pisemnie na adres Administratora.
3. Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań w szczególności weryfikacji uprawnień i danych, zapewnienia pomocy określonej w ustawie, prowadzenia postępowań kontrolnych, realizacji obowiązków sprawozdawczych gdyż jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze ( art. 6 ust. 1 lit. c RODO) w zw. z Ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r . o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, Kodeksem postępowania administracyjnego z dnia 14 czerwca 1960 r., Ustawą z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych oraz aktami wykonawczymi.
4. Administrator przetwarza Państwa dane osobowe tj.: imię, nazwisko, telefon, stanowisko służbowe.
5. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych 10 lat.
6. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym nie będą podlegać profilowaniu.
7. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
8. W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:
9. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
10. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;
11. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
12. prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych   
    (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO).
13. Państwa dane osobowe zostały pozyskane od: Pracodawcy/Wnioskodawcy.
14. Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

……………………………………………………….  
 ( data, i podpis osoby zatrudnionej)