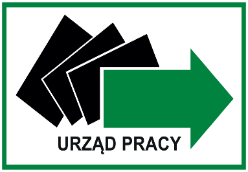
CAZ.IRP.6810. .2025.WF

****

….………………………………….

(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 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku.

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 2013r. 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 2004r. 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 skrzynki podawczej ePUAP:………………………………………………………………………………

6. Adres do e-Doręczeń (ADE):…………………………………………………………………………………......

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

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

9. Data uzyskania statusu PS:……………………………………………………………………………………..

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

11. Nazwa i nr rachunku płatniczego Pracodawcy: …..……………………………………………………………..

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

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

13. 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)…………………...……………………………………………………...

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

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

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

15. 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:

* bezrobotny, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
* bezrobotny długotrwale, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
* poszukujący pracy, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 22 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, 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 ust. 1 pkt 11 ustawy z dnia   
    20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
* 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 nr 4)
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 2010r. 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.

**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 2004r. 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 wynagrodzeń pracowników\*;
5. ⬜ **zalegam /** ⬜ **nie zalegam** z zapłatą należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych\*;
6. ⬜ **posiadam /** ⬜ **nie posiadam nieuregulowanych** w terminie zobowiązań cywilnoprawnych\*;
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 o ekonomii społecznej i Kryteria realizacji instrumentów i usług rynku pracy obowiązujące w Powiatowym Urzędzie Pracy w Żninie w **2025** r.

\* właściwe zaznaczyć znakiem X

**Jestem świadomy(-a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

…………………………………………………

(data, pieczątka i podpis Wnioskodawcy lub

osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy

**Załącznik nr 2**

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**na podstawie art. 7 ust. 4 Rozporządzenia Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie zastosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. U. Urz. UE L 2023/2831 z 15.12.2023)**

Oświadczam, że w ciągu trzech 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*

\*właściwe zaznaczyć znakiem X

**Jestem świadomy(-a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

…………………………………………………………

( data, pieczątka i podpis Pracodawcy lub osoby upoważnionej

do reprezentowania Pracodawcy)

3 minione lata należy rozumieć w ten sposób, że jeśli np. pomoc de minimis była udzielona 5 stycznia 2024r., uwzględnieniu podlega pomoc de minimis i pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie udzielona począwszy od dnia 5 stycznia 2021 r. Zgodnie z art. 3 ust.2 lit.c) *Rozporządzenia Rady (EWG, EURATOM) nr 1182/71 z dnia 3 czerwca 1971 r. określającego zasady mające zastosowanie do okresów, dat i terminów* (Dz.Urz. WE L 124 z 08.06.1971 r.), „okres wyrażony w tygodniach, miesiącach lub latach rozpoczyna się na początki pierwszej godziny pierwszego dnia okresu i wygasa wraz z upływem ostatniej godziny dnia ostatniego tygodnia, miesiąca lub roku, który jest takim samym dniem tygodnia lub przypada na tę sama datę, co dzień, w którym okres się rozpoczyna. Jeżeli w okresie wyrażonym w miesiącach lub latach dzień, w którym powinien wygasnąć okres, nie wystąpił w tym miesiącu, okres kończy się wraz z upływem ostatniej godziny ostatniego dnia tego miesiąca.”

**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:

a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;

b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;

c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;

d) 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).

Państwa dane osobowe zostały pozyskane od: Pracodawcy/Wnioskodawcy.

1. 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.

* 1. Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji ww. celu z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, w tym przepisów archiwalnych max. 10 lat. Natomiast w przypadku danych podanych dobrowolnie – co do zasady do czasu wycofania przez Państwa zgody na ich przetwarzanie.
  2. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.
  3. Państwa dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).
  4. 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   
max. 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:

a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;

b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;

c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;

d) 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).

9) Państwa dane osobowe zostały pozyskane od: Pracodawcy/Wnioskodawcy.

10) 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)