|  |  |
| --- | --- |
| **Pieczęć wpływu** |  .......................................................................**Pieczątka Pracodawcy** .......................................................................**nr telefonu**.......................................................................**e-mail**......................................................................**adres skrytki ePUAP** |
| **Pozycja rejestru zgłoszeń**.................. / 2025 |

**Starosta Zduńskowolski za pośrednictwem PUP w Zduńskiej Woli**

Wniosek należy złożyć w Powiatowym Urzędzie Pracy w Zduńskiej Wolu, ul. Getta Żydowskiego 4

**WNIOSEK O ORGANIZOWANIE PRAC INTERWENCYJNYCH**

**Podstawa prawna:**

1. Ustawa z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r., poz. 620).
2. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2025r., poz. 468).
3. Rozporządzenie Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 2023/2831 z dnia 15.12.2023).
4. 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 (Dz. Urz. UE L 352 z dnia 24.12.2013 str. 9 z późn.zm.).
5. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z dnia 26.06.2014, str. 45 z późn.zm.).

**Pouczenie:**

1. W celu właściwego wypełnienia wniosku prosimy o staranne jego przeczytanie.
2. Każdy punkt wniosku powinien być wypełniony w sposób czytelny. Wszelkie poprawki należy dokonywać poprzez skreślenie i zaparafowanie.

1. **DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY**
2. Pełna nazwa: .............................................................................................………………….
3. Adres siedziby: …...............………………………………………………………......................
4. Miejsce prowadzenia działalności:.......................................................................................
5. Nazwiska i imiona oraz stanowiska osób upoważnionych do podpisania umowy:

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

1. Nazwisko i imię oraz nr telefonu osoby upoważnionej do kontaktów z PUP:

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

1. Nazwisko i imię osób uprawnionych do reprezentacji podmiotu lub osoby nim zarządzające:

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

1. NIP:….........…..……….……… REGON ……………..…..………PKD……………………......
2. Forma organizacyjno – prawna prowadzonej działalności:

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

1. Wysokość stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe:……………………….
2. Liczba zatrudnionych pracowników na dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy ……………………………………………………………………….………
3. Nazwa banku i numer konta:……………………………………………………………………...

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

1. **DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI PLANOWANYCH PRAC INTERWENCYJNYCH**
2. Liczba osób bezrobotnych proponowanych do zatrudnienia …………………………..……..
3. **Okres zatrudnienia:**

- w ramach refundacji prac interwencyjnych: od dnia………..……… do dnia………….……

oraz **przez połowę okresu przysługiwania refundacji po zakończeniu okresu tej refundacji** na stanowisku:............................................ kod zawodu\* ................................

1. Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto (miesięcznie w zł): .................…..........
2. Wnioskowana wysokość refundowanych kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne z tytułu zatrudnienia skierowanych bezrobotnych w pełnym wymiarze czasu pracy (miesięcznie w zł): ............................... zł
3. Termin wypłaty wynagrodzenia:
* do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący
* do 10 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni
1. Miejsce wykonywania pracy (dokładny adres):

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

**\* Zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności dostępna na stronie internetowej** <http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/>

1. Rodzaj prac (krótka charakterystyka czynności wykonywanych na wnioskowanym stanowisku): .................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
2. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje (wykształcenie, zawód, uprawnienia, umiejętności): ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. Po okresie refundacji i upływie ustawowego wymaganego okresu zatrudnienia zobowiązuję się do zatrudnienia ……………………. osoby(ób), w wymiarze czasu pracy pełnym/niepełnym\* na podstawie umowy…………………………………... na okres……................................................... (minimalny wymagany okres zatrudnienia wynosi 3 miesięcy).

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia i oświadczam, iż wszystkie podane przeze mnie dane zawarte we wniosku oraz załączniki dołączone do wniosku, będące kopiami oryginalnych dokumentów są zgodne ze stanem faktycznym.

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

(pieczęć i podpis Pracodawcy)

\*niewłaściwe skreślić

**ZAŁĄCZNIKI:**

1. Kserokopia umowy spółki cywilnej (jeśli dotyczy).
2. Potwierdzone notarialnie pełnomocnictwo do reprezentowania, podpisania umowy oraz zaciągania w imieniu Pracodawcy zobowiązań – (jeśli dotyczy).
3. Oświadczenie osoby fizycznej prowadzącej działalność na podstawie CEiDG oraz wspólników spółki cywilnej (załącznik nr 1).
4. Oświadczenie pracodawcy (załącznik nr 2).
5. Oświadczenie w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji (załącznik nr 3).
6. Klauzula informacyjna (załącznik nr 6).
7. Zgłoszenie krajowej oferty pracy (załącznik 7).

**Dodatkowo Pracodawcy będący beneficjentami pomocy publicznej składają poniższe dokumenty:**

1. Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis (załącznik nr 4) - w przypadku wniosku składanego przez spółkę cywilną, należy uwzględnić uzyskaną pomoc de minimis w odniesieniu do każdego ze wspólników tej spółki.
2. Oświadczenie o otrzymanej innej pomocy publicznej (załącznik nr 5).
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.

**POUCZENIE:**

1. Starosta na podstawie zawartej umowy zwraca pracodawcy, który zatrudnił w ramach prac interwencyjnych w pełnym wymiarze czasu pracy na okres od 3 do 12 miesięcy skierowanych bezrobotnych, część kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne skierowanych bezrobotnych w wysokości uprzednio uzgodnionej, nieprzekraczającej jednak kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę za każdego bezrobotnego, obowiązującej w ostatnim dniu zatrudnienia każdego rozliczanego miesiąca.
2. Bezrobotny może być skierowany do prac interwencyjnych do przedsiębiorcy niezatrudniającego pracownika na zasadach przewidzianych dla pracodawców.
3. Starosta, kierując bezrobotnego do prac interwencyjnych, bierze pod uwagę jego wiek, stan zdrowia oraz rodzaje uprzednio wykonywanej pracy.
4. Pracodawca stosownie do zawartej umowy, zatrudnia skierowanego bezrobotnego przez okres refundacji wynagrodzeń i składek na ubezpieczenia społeczne oraz przez połowę okresu przysługiwania refundacji po zakończeniu okresu tej refundacji.
5. Niewywiązanie się z warunku, o którym mowa w ust. 4, lub naruszenie innych istotnych warunków umowy wiąże się ze zwrotem uzyskanej pomocy wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od całości uzyskanej pomocy od dnia otrzymania pierwszej refundacji, w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania starosty.
6. W przypadku rozwiązania umowy o pracę przez skierowanego bezrobotnego, rozwiązania z nim umowy o pracę na podstawie art. 52 albo art. 53 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy albo wygaśnięcia stosunku pracy skierowanego bezrobotnego w trakcie okresu objętego refundacją albo przed upływem okresu, o którym mowa w ust. 4, starosta kieruje na zwolnione stanowisko pracy odpowiedniego bezrobotnego.
7. W przypadku odmowy przyjęcia skierowanego bezrobotnego na zwolnione stanowisko pracy, pracodawca zwraca uzyskaną pomoc w całości wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od dnia otrzymania pierwszej refundacji, w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania starosty. W przypadku braku możliwości skierowania bezrobotnego przez PUP na zwolnione stanowisko pracy, pracodawca nie zwraca uzyskanej pomocy za okres, w którym uprzednio skierowany bezrobotny pozostawał w zatrudnieniu.
8. **Starosta nie może skierować bezrobotnego do prac interwencyjnych i robót publicznych, jeżeli w okresie ostatnich 90 dni bezrobotny był zatrudniony w ramach tych prac lub robót u danego pracodawcy.**

**OPINIA POWIATOWEGO URZĘDU PRACY**

**Opinia doradcy zawodowego/doradcy ds. zatrudnienia:**

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

….…..…………………………..…………………………………………..

(data, podpis i pieczęć doradcy zawodowego/ doradcy ds. zatrudnienia)

**DECYZJA OSOBY UPOWAŻNIONEJ:**

* **Wyrażam zgodę \***
* **Nie wyrażam zgody \***

na zawarcie umowy o prace interwencyjne dla ...................................................……osoby(ób) bezrobotnej(ych) z miesięczną refundacją w wysokości ………………………………..……… zł

na okres ………………………………………...

*\** niewłaściwe skreślić

Przyczyna decyzji odmownej:

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

….........………………………………………...

(data, podpis i pieczęć osoby upoważnionej)

**Załącznik nr 1**

**OŚWIADCZENIE**

**osoby fizycznej prowadzącej działalność na podstawie CEiDG oraz wspólników spółki cywilnej**

**W przypadku osoby fizycznej prowadzącej działalność na podstawie CEiDG\***

Imię i nazwisko właściciela........................................................................................................

Adres miejsca zamieszkania.....................................................................................................

Nr ewidencyjny PESEL.............................................................................................................

**W przypadku spółki cywilnej\***

Imię i nazwisko właściciela........................................................................................................

Adres miejsca zamieszkania.....................................................................................................

Nr ewidencyjny PESEL.............................................................................................................

Imię i nazwisko właściciela........................................................................................................

Adres miejsca zamieszkania.....................................................................................................

Nr ewidencyjny PESEL.............................................................................................................

Imię i nazwisko właściciela........................................................................................................

Adres miejsca zamieszkania.....................................................................................................

Nr ewidencyjny PESEL.............................................................................................................

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

(data, podpis i pieczęć Pracodawcy)

**\***właściwe wypełnić

**Załącznik nr 2**

**OŚWIADCZENIE – składają osoby reprezentujące podmiot lub osoby nim zarządzające**

**Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia i oświadczam, iż:**

* + - 1. **nie byłem /byłem** \* w okresie ostatnich 2 lat prawomocnie skazany za przestępstwo składnia fałszywych zeznań lub oświadczeń, przestępstwo przeciwko wiarygodności dokumentów lub przeciwko obrotowi gospodarczemu i inwestorom majątkowym w obrocie cywilnoprawnym, przestępstwo przeciwko prawom osób wykonujących pracę zarobkową na postawie ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. - Kodeks karny, przestępstwo skarbowe na podstawie ustawy z dnia 10 września 1999 r.- Kodeks karny skarbowy lub za odpowiedni czyn zabroniony określony w przepisach prawa obcego;
			2. **nie zalegam/zalegam**\* na dzień złożenia wniosku z:
1. wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wypłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;
2. opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne;
3. opłacaniem innych danin publicznych;
	* + 1. **jestem/nie jestem\*** beneficjentem pomocy publicznej\*\* w rozumieniu przepisów ustawy o postępowaniu w sprawie dotyczących pomocy publicznej z dnia 30 kwietnia 2004 r. i spełniam warunki określone w Rozporządzeniu Komisji (UE) nr 2023/2381 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis;

…..……………………………………………

 (data, podpis i pieczęć Pracodawcy)

\*niewłaściwe skreślić

**\*\*beneficjent pomocy publicznej** - należy przez to rozumieć podmiot prowadzący działalność gospodarczą, w tym podmiot prowadzący działalność w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, bez względu na formę organizacyjno-prawną oraz sposób finansowania, który otrzymał pomoc publiczną

**Załącznik nr 3**

Zduńska Wola, dnia ………………………

…………………………………………..………

Pieczęć Pracodawcy

**OŚWIADCZENIE**

W związku z USTAWĄ z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U.2025 poz. 514) **oświadczam, iż:**

* **nie jestem/jestem\*** wpisany na listę sankcyjną;
* **nie jestem/jestem\*** związany/a z osobami lub podmiotami względem, których stosowane są środki sankcyjne i które figurują na stosownych listach, zarówno unijnych, jak i krajowych[[1]](#footnote-1).

Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Powiatowego Urzędu Pracy w Zduńskiej Woli o zmianie stanu faktycznego mając świadomość mojej ewentualnej odpowiedzialności w przypadku zaniedbania powołanego powyżej obowiązku.

…………………………………………………………….………

(podpis Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania)

**Załącznik nr 4**

Zduńska Wola dnia ………………………..

…………………………………………………

Pieczęć Pracodawcy

**Oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości otrzymanej pomocy de minimis**

Oświadczam, że w ciągu trzech minionych lat **otrzymałem(am)/ nie otrzymałem(am)\*** pomoc(y) de minimis. W przypadku otrzymania pomocy de minimis wnioskodawca wypełnia poniższe oświadczenie:

1. **Oświadczam,** że w ciągu trzech minionych lat **otrzymałem(am**) pomoc de minimis na podstawie 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 (t.j. Dz. Urz. UE. L. 2023/2831 z 15.12.2023) w łącznej kwocie ........................... co stanowi ……………… euro.

2. **Oświadczam**, że w ciągu trzech minionych lat **otrzymałem(am**) pomoc de minimis zgodnie z Rozporządzeniem 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 (t.j. Dz. Urz. UE. L. 352 z 24.12.2023, str. 9, z późn.zm.) w łącznej kwocie ........................... co stanowi ……………… euro.

3. **Oświadczam**, że w ciągu trzech minionych lat **otrzymałem(am**) pomoc de minimis zgodnie z Rozporządzeniem 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 (t.j. Dz. Urz. UE L. 190 z 2806.2014, str.45) w łącznej kwocie .......................................co stanowi ……………… euro.

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

(podpis Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania)

\* niewłaściwe skreślić

**Załącznik nr 5**

Zduńska Wola, dnia …………………………

…………………………………………

Pieczęć Pracodawcy

**Oświadczenie**

**Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia i oświadczam, że:**

**nie otrzymałem(am) /otrzymałem(am)\*** innej pomocy publicznej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Dzień udzielenia pomocy publicznej | Podmiot udzielający pomoc publiczną | Podstawa prawna otrzymanej pomocy publicznej | Numer programu pomocowego, decyzji albo umowy | Forma pomocy publicznej | Wartość otrzymanej pomocy publicznej | Przeznaczenie pomocy publicznej |
| brutto | netto |
| zł | euro | zł | euro |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

\* niewłaściwe skreślić

……………………...…………………………………………….

(podpis Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania)

**Załącznik nr 6**

**Klauzula informacyjna dla składających wniosek o organizowanie prac interwencyjnych**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, tj. RODO) uprzejmie informujemy, że:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Zduńskiej Woli
z siedzibą przy ul. Getta Żydowskiego 4, 98-220 Zduńska Wola. Mogą się Państwo z nami skontaktować w sposób tradycyjny pisząc na wskazany adres, telefonicznie pod numerem: +048 (43) 823-23-27 lub +048 (43) 823-23-28 oraz elektronicznie za pośrednictwem poczty e-mail kierując wiadomość na adres: sekretariat@zdunskawola.praca.gov.pl.

Chcąc zapewnić bezpieczeństwo Państwa danych osobowych Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować za pośrednictwem poczty elektronicznej pod adresem: iod@zdunskawola.praca.gov.pl

Celem przetwarzania danych, jaki realizuje Administrator jest **organizacja prac interwencyjnych**. W związku z powyższym Państwa dane osobowe są przetwarzane w rozumieniu art. 6 ust. 1 lit. c) oraz e) RODO, na podstawie przepisów prawa, które określa Ustawa z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia oraz przepisy innych Ustaw i aktów wykonawczych dotyczących organizowania prac interwencyjnych oraz ich finansowania. W zakresie udzielanej pomocy de minimis podstawę prawna określa Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej oraz Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 24 października 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis. Ponadto w przypadku przyznania wnioskowanej pomocy Państwa dane będą przetwarzane na podstawie zawartej umowy, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. b) RODO.

W ramach określonego celu nie występuje profilowanie, przy czym Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany oraz nie będą transferowane poza Polskę. Jednocześnie informujemy, że podanie danych jest dobrowolne, jednak niezbędne do realizacji wyżej określonego celu.

Państwa dane będą przetwarzane przez okres 10 lat w związku z realizacją ciążących na Administratorze oraz zgodnie z przepisami prawa[[2]](#footnote-2), przy czym odbiorcami Pani/Pana danych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa oraz podmioty świadczące nadzór nad oprogramowaniem przetwarzającym dane, w tym podmioty świadczące obsługę poczty elektronicznej[[3]](#footnote-3).

W związku z przetwarzaniem danych osobowych posiadają Państwo prawo do dostępu oraz sprostowania podanych danych, prawo do żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych. Z przedstawionych praw mogą Państwo skorzystać kontaktując się z Administratorem na powyższe dane kontaktowe.

W przypadku uznania, że przetwarzanie danych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, przysługuję Państwu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

**Załącznik nr 7**

 **Powiatowy Urząd Pracy w Zduńskiej Woli**

**ul. Getta Żydowskiego 4**

**98-220 Zduńska Wola**

 **tel. 43 823 23 27 wew. 256**

**posrednictwo@zdunskawola.praca.gov.pl**

**ZGŁOSZENIE KRAJOWEJ OFERTY PRACY**

|  |
| --- |
| **DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY** |
| **1. Nazwa pracodawcy/przedsiębiorcy (osoby fizycznej):**............................................................................................................................................................................................................................................ | **2. NIP / PESEL** *(dot. osoby fizycznej)****:*** ................................................................. | **3. REGON:** ................................................................. |
| **4. Forma prawna prowadzonej działalności:** ………………………...……….......... | **5. Podstawowy rodzaj działalności wg PKD:**

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

 |
| **6. Adres pracodawcy:****kod pocztowy** ............................................................................................**ulica** .................................................................  **nr**  ...................................**miejscowość** ................................................................................................**nr telefonu / faksu** ......................................................................................**e-mail** ..........................................................................................................**strona internetowa** ....................................................................................**adres do e-doręczeń:** ................................................................................. |
| **7. Dane pracodawcy lub osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktów:****imię i nazwisko** ………………………………………………………………………**telefon** ………………………………………………………………………………...**e-mail** …………………………………………………………………………………**preferowana forma kontaktu: osobiście / telefon / e-mail** **inny** …………………………………………………………………………………... |
| **8. Liczba zatrudnionych pracowników:** ……………………………... | **9. Pracodawca jest agencją zatrudnienia:**TAK / NIENr KRAZ …………………….. | **10. Czy w okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy:**- zostałem(am) prawomocnie ukarany(a) za wykroczenie lub prawomocnie skazany(a) za przestępstwo przeciwko przepisom prawa pracy TAK / NIE- jest objęty(a) postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy TAK / NIE |
| **DANE DOTYCZĄCE ZGŁASZANEGO STANOWISKA PRACY** |
| **11. Nazwa i kod zawodu:**..........................................................

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

 | **12. Nazwa stanowiska:**……………...…………………………………………………... |  **13. Ogólny zakres obowiązków:**................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. |
| **14. Liczba wolnych miejsc pracy:****w tym dla osób niepełnosprawnych:****Wnioskowana liczba kandydatów:**  |
| **15. Czy oferta jest ofertą pracy tymczasowej?** TAK / NIE | **16. Data rozpoczęcia pracy:** ………………….…………….. |
| **17. Miejsce wykonywania pracy:**…………….………………………………………………………………….……………….……………………… | **18. Wymiar czasu pracy:** *(w przypadku umowy cywilnoprawnej określić liczbę godzin w miesiącu lub tygodniu)* ........................................................... | **19. Rodzaj umowy:** umowa o pracę na czas nieokreślony umowa o pracę na czas określony na okres …………………………………….. umowa o pracę na okres próbny na okres ……………………………………… umowa zlecenie na okres ……………………………………………………….. umowa o pracę na zastępstwo  inna *(jaka?)* ........................................................................................................... |
| **20. System wynagradzania:**miesięczny, godzinowy, akordowy, prowizyjny, inny *(jaki?)*............................................................. | **21. Wysokość wynagrodzenia:** *(brutto)*…………...……………………………………………………... | **22. System i rozkład czasu pracy:** jedna zmiana, dwie zmiany, trzy zmiany, ruch ciągły, inny *(jaki?)* ................................................................ | **23.** **Godziny pracy:**.................................................................Praca w dni wolne: TAK / NIE |
| **OCZEKIWANIA PRACODAWCY WOBEC KANDYDATÓW DO PRACY** |
| **24. Poziom wykształcenia**:brak lub niepełne podstawowe / podstawowe / gimnazjalnezasadnicze zawodowe / średnie ogólnokształcące / średnie zawodowewyższe (w tym licencjat) **kierunek / specjalność:** .............................................................................. | **25. Umiejętności:**………….............................................................................................................................................................................................................................................................. |
| **26. Doświadczenie zawodowe:** *( zawód - staż)*…………………………………………………………………….............……..…… |
| **27. Uprawnienia:**.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. | **28. Znajomość języków obcych:** (*nazwa języka / poziom znajomości)*……………………………………………………………………….…....……..…… |
| **29**. **Szczególne zainteresowanie zatrudnieniem kandydatów z państw EOG:**NIE / TAK ***(****których)* …………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| **INFORMACJE DOTYCZĄCE POSTĘPOWANIA Z OFERTĄ** |
| **30. Okres aktualności oferty:** ................................................................................................................ | **31. Częstotliwość kontaktów PUP z osobą wskazaną przez pracodawcę:**wg potrzeb, raz w tygodniu, raz na 2 tygodnie, raz na miesiąc, inna …………...………… |
| **32. Czy PUP w Zduńskiej Woli jest PUP wiodącym w zakresie realizacji oferty pracy:** TAK / NIE | **33. Forma upowszechnienia oferty pracy:** **zawiera** dane umożliwiające identyfikację pracodawcy (oferta otwarta) **nie zawiera** danych umożliwiających identyfikację pracodawcy (oferta zamknięta) |
| **34. Czy pracodawca wybiera dodatkowe powiatowe urzędy pracy odpowiedzialne za realizację oferty pracy:**NIE / TAK*(które*) …………………………………………………………………..…..… |
| **35. Upowszechnienie oferty w wybranych krajach EOG:** *(w przypadku odpowiedzi twierdzącej* *wypełnić załącznik nr 1*)NIE / TAK(*których)* ............................................................................................................ |
| **36. Pracodawca oczekuje organizacji giełdy pracy / pomocy w doborze kandydatów?** TAK / NIE |

1. Pracodawca w zgłoszeniu oferty pracy wybiera **PUP wiodący** w zakresie realizacji oferty pracy, właściwy ze względu na siedzibę pracodawcy albo miejsce wykonywania pracy albo inny wybrany przez siebie PUP.
2. Pracodawca poza wybraniem PUP wiodącego może **wybrać dodatkowe PUP** odpowiedzialne za realizację oferty pracy, w szczególności, jeżeli miejscem wykonywania pracy określonym w ofercie pracy jest województwo lub teren całego kraju.
3. Pracodawca, zgłaszając ofertę pracy do ePracy, **może nie wyrazić zgody** na podawanie do wiadomości publicznej informacji umożliwiających jego identyfikację przez osoby niezarejestrowane, w tym osoby bierne zawodowo. W przypadku, o którym mowa w zdaniu pierwszym, oferta może być udostępniona w pełnym zakresie bezrobotnym lub poszukującym pracy, którzy spełniają wymagania określone w tej ofercie.
4. PUP wiodący odpowiada **za weryfikację**, czy oferta pracy nie narusza zasad równego traktowania w zatrudnieniu w rozumieniu przepisów prawa pracy lub dyskryminują kandydatów do pracy.
5. PUP **może nie wprowadzić** oferty pracy do ePracy, jeżeli **pracodawca w okresie 365 dni** przed dniem zgłoszenia oferty pracy został prawomocnie ukarany za wykroczenie lub prawomocnie skazany za przestępstwo przeciwko przepisom prawa pracy albo jest objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy lub w innych uzasadnionych przypadkach.
6. PUP wiodący w ramach weryfikacji pracodawcy zgłaszającego ofertę pracy może pozyskać:
	1. z systemu teleinformatycznego **Zakładu Ubezpieczeń Społecznych** dane, o których mowa w art. 50 ust. 14a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, w celu ustalenia, czy pracodawca ma zaległości z tytułu niepłacenia składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, o ile był obowiązany do ich opłacania;
	2. od organów **Krajowej Administracji Skarbowej** informacje o zaległościach podatkowych pracodawcy;
	3. z systemu teleinformatycznego **Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego** informacje o zaległościach pracodawcy z tytułu niepłacenia składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne.
7. W przypadku stwierdzenia zaległości, PUP wiodący rozstrzyga, czy są one wystarczające do odmowy publikacji oferty pracy w ePracy.
8. W przypadku braku w zgłoszeniu krajowej oferty pracy danych wymaganych powiatowy urząd pracy niezwłocznie powiadamia pracodawcę krajowego o konieczności uzupełnienia zgłoszenia i w razie potrzeby pomaga pracodawcy w uzupełnieniu zgłoszenia. Nieuzupełnienie przez pracodawcę krajowego zgłoszenia w terminie do 7 dni od dnia powiadomienia powoduje, że oferta pracy nie jest przyjmowana do realizacji przez powiatowy urząd pracy.
9. **Odmowa publikacji oferty** pracy w ePracy przez PUP wymaga przekazania pracodawcy **pisemnego uzasadnienia.**
10. **Pracodawca zobowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia PUP w przypadku utraty aktualności oferty pracy**.
11. Pracodawca, który zgłosił ofertę pracy do ePracy, otrzymuje informację o dopasowanych do tej oferty pracy życiorysach zawodowych bezrobotnych, poszukujących pracy i osób niezarejestrowanych, w tym osób biernych zawodowo – o ile osoby te wyraziły zgodę na przekazanie takiej informacji. Wyrażając zgodę bezrobotny, poszukujący pracy i osoba niezarejestrowana, w tym osoba bierna zawodowo, określa zakres przekazywanych danych.

**Podstawa prawna:**

1. *Ustawa z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz.U. z 2025 r., poz. 620),*
2. *Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji oraz trybu i sposobów prowadzenia usług rynku pracy (*Dz.U. 2014 poz. 667).

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią klauzuli informacyjnej w zakresie przetwarzania danych osobowych, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz o przysługujących prawach.

 ................................................................................. ............................................................................................... *miejscowość, data podpis osoby składającej ofertę pracy*

**Klauzula informacyjna dla pracodawców w zakresie ofert pracy**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, tj. RODO) uprzejmie informujemy, że:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Zduńskiej Woli z siedzibą przy ul. Getta Żydowskiego 4, 98-220 Zduńska Wola. Mogą się Państwo z nami skontaktować w sposób tradycyjny pisząc na wskazany adres, telefonicznie pod numerem: +048 (43) 823-23-27 lub +048 (43) 823-23-28 oraz elektronicznie za pośrednictwem poczty e-mail kierując wiadomość na adres: sekretariat@zdunskawola.praca.gov.pl.

Chcąc zapewnić bezpieczeństwo Państwa danych osobowych Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować za pośrednictwem poczty elektronicznej pod adresem: iod@zdunskawola.praca.gov.pl.

Celem przetwarzania danych, jaki realizuje Administrator jest realizacja składanych ofert pracy.

W związku z powyższym Państwa dane osobowe przetwarzane są na podstawie przepisów prawa, w rozumieniu art. 6 ust. 1 lit. c) RODO, które określa Ustawa z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia oraz Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji oraz trybu i sposobów prowadzenia usług rynku pracy.

W ramach określonych celów przetwarzania nie występuje profilowanie. Państwa dane będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania danych osobowych, nie dłużej niż wynika to z Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt. Jednocześnie informujemy, że

Odbiorcami Państwa danych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa oraz podmioty świadczące nadzór nad oprogramowaniem przetwarzającym dane, w tym podmiotom świadczącym obsługę poczty elektronicznej. Dane nie będą transferowane poza Polskę. Podanie danych jest dobrowolne, jednak brak danych uniemożliwia realizacje celu.

W związku z przetwarzaniem danych osobowych posiadają Państwo prawo do dostępu oraz sprostowania podanych danych, prawo do żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych. Z przedstawionych praw mogą Państwo skorzystać kontaktując się z Administratorem na powyższe dane kontaktowe.

W przypadku uznania, że przetwarzanie danych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

1. Listy osób i podmiotów, względem których stosowane są środki sankcyjne znajdują się
w załącznikach do regulacji unijnych oraz w rejestrze zamieszczonym na stronie BIP MSWiA. Lista sankcyjna dostępna jest pod linkiem: [https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami](https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami%20)

Informację o tym, czy dany podmiot należy w ponad 50% do obywateli rosyjskich lub czy działa w imieniu i pod kierunkiem obywatela rosyjskiego, znaleźć można w Centralnym Rejestrze Beneficjentów Rzeczywistych (<https://crbr.podatki.gov.pl/>). Beneficjent rzeczywisty, w rozumieniu art. 2 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz.U.2025.poz. 644) to każda osoba fizyczna: sprawująca bezpośrednio lub pośrednio kontrolę nad podmiotem poprzez posiadane uprawnienia, które wynikają z okoliczności prawnych lub faktycznych, umożliwiające wywieranie decydującego wpływu na czynności lub działania podejmowane przez podmiot, lub; w imieniu której są nawiązywane stosunki gospodarcze lub jest przeprowadzana transakcja okazjonalna.

Dodatkowo istnieje możliwość przeprowadzenia przedmiotowej weryfikacji również z użyciem
np. Rejestru.io (<https://rejestr.io/>)

\* niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. Przepisy prawa w zakresie przechowywania dokumentacji określa Ustawa z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach [↑](#footnote-ref-2)
3. Tylko w przypadku kontaktu poprzez elektroniczną skrzynkę pocztową (e-mail) [↑](#footnote-ref-3)