|  |  |
| --- | --- |
| **Pieczęć wpływu** | ....................................................................... **Pieczątka pracodawcy lub przedsiębiorcy**  ............................................................ **nr telefonu**  ............................................................ **e-mail**  ............................................................ **adres skrytki ePUAP** |
| **Pozycja rejestru zgłoszeń**  **............ / 2024** |

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

Wniosek należy złożyć w Powiatowym Urzędzie Pracy w Zduńskiej Wolu, ul. Getta Żydowskiego 4 sekretariat pok. 12

**WNIOSEK O ORGANIZOWANIE PRAC INTERWENCYJNYCH**

**Podstawa prawna:**

1. Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 r., poz. 475 ).
2. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 czerwca 2014 r. w sprawie organizowania prac interwencyjnych i robót publicznych oraz jednorazowej refundacji kosztów z tytułu opłaconych składek na ubezpieczenia społeczne (Dz. U. 2014 r., poz. 864).
3. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2023r., poz. 702).
4. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu   
   o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz.Urz.UE L 352 z 24.12.2013, str.1 oraz Dz.Urz.UE L 215 z 07.07.2020, str.3).

**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 pracodawcy:**

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

1. **Adres siedziby:** …...............………………………………………………………...............................
2. **Miejsce prowadzenia działalności:**

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

1. **Nazwiska i imiona oraz stanowiska osób upoważnionych do podpisania umowy:**

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

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

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

1. **Identyfikator REGON:**….........………………………………………………………………...............
2. **Identyfikator NIP:**………….............…...........................................................................................
3. **Rodzaj prowadzonej działalności:** ……………………………………………………………………
4. **Data rozpoczęcia działalności:** ……............................................................................................
5. **Kod PKD:** ………............…………...............……...............………...............................................
6. **Forma organizacyjno – prawna prowadzonej działalności:** ......................................................................................................................................................
7. **Nazwa banku i numer konta bankowego:**

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

1. **Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe:**………………………………….……
2. **Stan zatrudnienia\*** - liczba pracowników zatrudnionych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w ostatnich 12 miesiącach wynosiła (stan na koniec wskazanego miesiąca):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Stan zatrudnienia - 12 miesięcy poprzedzających dzień złożenia wniosku** | | | | | | | | | | | |
| **Miesiące** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Liczba pracowników zatrudnionych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Średni stan zatrudnienia z ostatnich 12 miesięcy wynosi:...........................................................................  Stan zatrudnienia w dniu złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny etat wynosi:........................................ | | | | | | | | | | | | |

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***\**Do zatrudnionych zalicza się:** właściciela, osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru lub mianowania, w tym również osoby zatrudnione przy pracach interwencyjnych i robotach publicznych, finansowanych z Funduszu Pracy, osoby młodociane pracujące na podstawie umowy o pracę, a nie o naukę zawodu, osoby przebywające za granicą na podstawie delegacji służbowej, pracowników sezonowych obliczanych jako część ułamkowa rocznych jednostek roboczych.

**Do zatrudnionych nie zalicza się**: osób wykonujących pracę nakładczą, uczniów, którzy zawarli z zakładem pracy umowę o naukę zawodu lub przyuczenie do odbywania określonej pracy, osób korzystających z urlopów wychowawczych, macierzyńskich lub bezpłatnych, osób zatrudnionych na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, praktykantów lub studentów odbywających szkolenie zawodowe na podstawie umowy o praktykę lub szkolenie zawodowe.

**II. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI PLANOWANYCH PRAC INTERWENCYJNYCH:**

1. **Zgodnie z ustawą o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy zamierzam organizować prace interwencyjne** **zgodnie z zasadami określonymi w:**

* **Art. 51 ust. 1** - refundacja dokonywana jest przez okres do 6 miesięcy części kosztów wynagrodzenia i składek ZUS + dalsze zatrudnienie po refundacji przez równy okres   
  3 miesięcy w pełnym wymiarze czasu pracy.
* **Art. 56 ust. 1** - refundacja dokonywana przez okres do 12 miesięcy części kosztów wynagrodzenia i składek ZUS + dalsze zatrudnienie po refundacji przez równy okres 6 miesięcy w pełnym wymiarze czasu pracy.

1. **Liczba osób przewidzianych do zatrudnienia**: ……………………………..………………...
2. **Planowany okres zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych:**

od dnia…………………………………………… do dnia………………………………………...

1. **Zawód (kod i nazwa zawodu zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności\*):**

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

1. **Stanowisko:**..........................................................................................................................
2. **Miejsce wykonywania pracy (dokładny adres):**

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

1. **Rodzaj umowy:**

* na czas określony
* na czas nieokreślony

1. **Proponowane wynagrodzenie brutto (zł/m-c):**.................………………............….….......
2. **Proponowana wysokość refundacji:**……...........……........................................................
3. **Termin wypłaty wynagrodzenia:**

* do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący
* do 10 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni

1. **Ogólny zakres obowiązków (krótka charakterystyka czynności wykonywanych na wnioskowanym stanowisku):**......................................................................................................

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

1. **Po okresie refundacji i upływie ustawowego wymaganego okresu zatrudnienia gwarantujemy dalsze zatrudnienie w pełnym/niepełnym wymiarze czasu pracy ……........... (jeśli niepełnym podać jakim), osób(y) przez okres .................. m-cy (minimalny wymagany okres zatrudnienia wynosi 1 miesiąc).**

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

Pieczęć i podpis pracodawcy

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

\***Klasyfikacja zawodów i specjalności** wprowadzona Rozporządzeniem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 25 stycznia 2018 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Pracy   
i Polityki Społecznej w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania. (Dz. U. z 2018 r. poz. 227 z późn. zm.) jest dostępna na stronie internetowej <http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/>

**Wnioski wypełnione nieczytelnie bądź nie zawierające kompletu załączników nie będą rozpatrywane.**

**ZAŁĄCZNIKI:**

1. **Kserokopia umowy spółki cywilnej** (jeśli dotyczy).
2. **Potwierdzone notarialnie pełnomocnictwo do reprezentowania, podpisania umowy oraz zaciągania w imieniu Wnioskodawcy zobowiązań –** (jeśli dotyczy).
3. **Oświadczenie osoby fizycznej prowadzącej działalność na podstawie CEiDG oraz wspólników spółki cywilnej** (załącznik nr 1).
4. **Oświadczenie o nie zaleganiu z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, opłacaniem podatku do Urzędu Skarbowego i nie zaleganiu z opłacaniem innych danin publicznych** (załącznik nr 2).
5. **Oświadczenie o nieprowadzeniu działalności gospodarczej lub o spełnianiu warunków dopuszczalności udzielenia pomocy de minimis** (załącznik nr 3).
6. **Oświadczenie w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji** (załącznik nr 4).
7. **Obowiązek informacyjny** (załącznik nr 7).
8. **Zgłoszenie krajowej oferty pracy** (załącznik 8).

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

1. **Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis (**załącznik nr 5) - 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 6).
3. **Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.**

**Opinia Powiatowego Urzędu Pracy**

Opinia doradcy klienta:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

….…..…………………………..………..

Data, podpis i pieczęć doradcy klienta

**Decyzja osoby upoważnionej:**

* Nie wyrażam zgody\*
* Wyrażam zgodę\* na zawarcie umowy o prace interwencyjne dla .................................……

osoby(ób) bezrobotnej(ych) na okres (liczba miesięcy)………………………………………...

Ustala się miesięczną refundację poniesionych przez pracodawcę kosztów na wynagrodzenie w kwocie ……………………… zł oraz refundację składki na ubezpieczenie społeczne.

Przyczyna decyzji odmownej:

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

*\** niepotrzebne skreślić

….........………………………………………...

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**

**Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń   
i oświadczam, iż wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym:**

* + - 1. **nie zalegam/zalegam**\* w dniu złożenia niniejszego wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
      2. **nie zalegam/zalegam**\* w dniu złożenia niniejszego wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;
      3. **nie posiadam/posiadam**\* w dniu złożenia niniejszego wniosku nieuregulowanych   
         w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
      4. **nie byłem karany/byłem karany**\* w okresie 2 lat przed dniem złożenia niniejszego wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks karny lub ustawy z dnia 28 października 2002 r.   
         o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary;
      5. wszystkie podane przeze mnie dane we wniosku oraz załączniki dołączone do wniosku będące kopią oryginalnego dokumentu są zgodne ze stanem faktycznym.

…..……………………………………………

Data, podpis i pieczęć pracodawcy

\*niewłaściwe skreślić

**Załącznik nr 3**

**OŚWIADCZENIE**

**Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń   
i oświadczam, iż wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym (właściwe zaznaczyć):**

□ jednostka **nie prowadzi** działalności gospodarczej, nie jest przedsiębiorcą publicznym   
ani też beneficjentem pomocy, a udzielona pomoc jest wsparciem dla pracodawcy zgodnie z przepisami ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz.U. z 2023 r. poz. 702);

□ jestem beneficjentem\* pomocy i spełniam warunki dopuszczalności udzielenia pomocy   
de minimis oraz nie ciąży na mnie obowiązek zwrotu pomocy wynikający z wcześniejszej decyzji Komisji uznającej pomoc za niezgodną z prawem i wspólnym rynkiem.

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

Data, podpis i pieczęć pracodawcy

**\*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 4**

**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.2022.835) **oświadczam, iż:**

* **jestem / nie jestem** wpisany na listę sankcyjną;
* **jestem / nie 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.

…………………………………………………

Data, podpis i pieczęć pracodawcy

**Załącznik nr 5**

**Oświadczenie Wnioskodawcy o otrzymanej pomocy de minimis**

Oświadczam, że w okresie obejmującym bieżący rok podatkowy i w poprzedzających go dwóch latach podatkowych:

- **otrzymałem/nie** **otrzymałem\*** środki stanowiące pomoc de minimis;

- **otrzymałem/nie** **otrzymałem\*** środki stanowiące pomoc de minimis w sektorze transportu drogowego towarów;

- **otrzymałem/nie** **otrzymałem\*** środki stanowiące pomoc de minimis w rolnictwie;

- **otrzymałem/nie** **otrzymałem\*** środki stanowiące pomoc de minimis w rybołówstwie.

\* niepotrzebne skreślić

W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Organ udzielający pomocy | Podstawa prawna | Dzień udzielenia pomocy | Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy | Wartość pomocy de minimis w euro(1) | Wartość pomocy de minimis w sektorze transportu drogowego towarów w euro (1) | Wartość pomocy de minimis w rolnictwie w euro (2) | Wartość pomocy de minimis w rybołówstwie w euro (3) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń i oświadczam, iż wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym.

(1) Pomoc de minimis w rozumieniu Rozporządzenia Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis oznacza pomoc, którą jedno przedsiębiorstwo może otrzymać przez okres trzech lat od jednego państwa członkowskiego, która łącznie z pomocą udzielona na podstawie wniosku nie może przekroczyć 200 000 euro, w przypadku podmiotów działających w sektorze transportu drogowego 100 000 euro.

(2) Pomoc de minimis w rozumieniu 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 oznacza, którą jedno przedsiębiorstwo może otrzymać przez okres trzech lat od jednego państwa członkowskiego, która łącznie z pomocą udzielona na podstawie wniosku nie może przekroczyć 15 000 euro.

(3) Pomoc de minimis w rozumieniu Rozporządzenia Komisji (UE) nr 717/2013 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 oznacza, którą jedno przedsiębiorstwo może otrzymać przez okres trzech lat od jednego państwa członkowskiego, która łącznie z pomocą udzielona na podstawie wniosku nie może przekroczyć 30 000 euro.

….…………………………………………….

(data i czytelny podpis Wnioskodawcy)

**Załącznik nr 6**

Zduńska Wola, dnia …………………………

…………………………………………

(imię i nazwisko)

………………………………………….

(adres)

**Oświadczenie**

**Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń   
i oświadczam, iż wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym:**

**otrzymałem(am) / nie 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* niepotrzebne skreślić

……………………...……………………………..

czytelny podpis składającego oświadczenie

**Załącznik nr 7**

**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](mailto:iod@zdunskawola.praca.gov.pl)

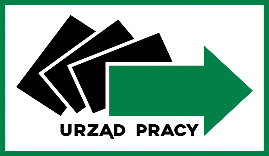
Celem przetwarzania danych, jaki realizuje Administrator jest **organizacja prac interwencyjnych**. W związku z powyższym Państwa dane osobowe są przetwarzane w rozumieniu art. 6 ust. 1 lit. c) oraz e) RODO, na podstawie przepisów prawa, które określa Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz przepisy innych Ustaw i aktów wykonawczych dotyczących organizowania prac interwencyjnych oraz ich finansowania. 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 8****

***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:**  ..............................................................................................................  ..............................................................................................................  .............................................................................................................. | | **2. NIP:** ......................................................................................................................................... | | |
| **3. REGON:** .................................................................................................................................... | | |
| **4. Adres pracodawcy:**  **miejscowość** ........................................................................................  **ulica** .................................................................  **nr**  ...........................  **kod pocztowy** ......................................................................................  **gmina** ...................................................................................................  **nr telefonu / faksu** ..............................................................................  **e-mail** ..................................................................................................  **strona internetowa** ............................................................................. | | **5. Forma prawna prowadzonej działalności:**  **osoba fizyczna**  **spółka** .....................................................................................................................................  **inna** ....................................................................................................................................... | | |
| **6. Podstawowy rodzaj działalności wg PKD:** | | |
| **7. Liczba zatrudnionych pracowników:** | | |
| **8. Dane osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktów:**  **imię i nazwisko** ………………...............………………................…  **telefon** .................................................................................................  **e-mail** ...................................................................................................  **preferowana forma kontaktu: osobiście / telefon / e-mail**  **inny** ...................................................................................................... | | **9. Informacja pracodawcy:**  **nie zostałem** / **zostałem** ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy w okresie do 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy lub  **nie jestem** / **jestem** objęty postępowaniem w tej sprawie,  **nie jestem**  / **jestem** agencją zatrudnienia zgłaszającą ofertę pracy tymczasowej. Nr KRAZ ................................................................................................... | | |
| **DANE DOTYCZĄCE ZGŁASZANEGO STANOWISKA PRACY** | | | | |
| **10. Nazwa i kod zawodu:**  ............................................................................................................. | | **11. Nazwa stanowiska:**  …………………………………...................................................................................................................................................................................................................................................... | | |
| **12. Liczba wolnych miejsc pracy:**  **w tym dla osób niepełnosprawnych:** | | **13. Liczba osób, która ma zostać skierowana do pracodawcy krajowego:** | | |
| **14. Ogólny zakres obowiązków:**  ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... | | | | |
| **15. Miejsce wykonywania pracy:**  ………………………………………………………………………………………………………................................................................................................... | **16. Rodzaj umowy:**  na czas nieokreślony  na czas określony  okres próbny  umowa zlecenie  inna *(jaka?)*  ........................................................ | | **17. System i rozkład czasu pracy:**  jedna zmiana  dwie zmiany  trzy zmiany  ruch ciągły  inny *(jaki?)*  ....................................................... | **18. System wynagradzania:**  czasowy ze stawką miesięczną  czasowy ze stawką godzinową  akordowy  prowizyjny  inny *(jaki?)*  ..................................................... |
| **19. Data rozpoczęcia pracy:**  ............................................................. | **21. Wymiar czasu pracy:**  *(np. pełny, 1/2 etatu, w przypadku umowy cywilnoprawnej określić liczbę godzin w miesiącu lub tygodniu)*  ........................................................ | | **22.** **Godziny pracy:**  ........................................................ | **24. Czy oferta jest ofertą pracy tymczasowej w rozumieniu art. 19g ustawy? (***wypełniają agencje zatrudnienia )* ***Art. 19g.*** *W**dokumentach, ogłoszeniach*  *i**ofertach agencja zatrudnienia jest**obowiązana umieszczać numer wpisu do rejestru, a ogłaszane oferty pracy do wykonywania pracy tymczasowej oznacza się jako „oferty pracy tymczasowej”.*  **TAK** / **NIE** |
| **20. Okres zatrudnienia:**  ............................................................. | **23. Wysokość wynagrodzenia:**  *(brutto)*  ………………………………...... |

|  |  |
| --- | --- |
| **OCZEKIWANIA PRACODAWCY WOBEC KANDYDATÓW DO PRACY** | |
| **25. Poziom wykształcenia**:  bez znaczenia  podstawowe / gimnazjalne  zasadnicze zawodowe  średnie ogólnokształcące / średnie zawodowe  wyższe (w tym licencjat)  **kierunek / specjalność:** ................................................................................................... | **26. Umiejętności:**  …………...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  .................................................................................................................................  ................................................................................................................................. |
| **27. Doświadczenie zawodowe:** *( zawód - staż)*  ……………………………………………………………………………....……..……  ..................................................................................................................................................................................................................................................................................... | **28. Uprawnienia:**  ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| **29. Znajomość języków obcych:** (*nazwa języka / poziom znajomości)*  *.............................*……………………………………...........................……........................................................................................................................................................................................................................................................................................................ | **30**. **Szczególne zainteresowanie zatrudnieniem kandydatów z państw EOG:**  **NIE**  **TAK** (z *których)* ................................................................................................................................  ................................................................................................................................. |
| **INFORMACJE DOTYCZĄCE POSTĘPOWANIA Z OFERTĄ** | |
| **31. Okres aktualności oferty:**  ............................................................................................................................ | **32. Częstotliwość kontaktów z osobą wskazaną przez pracodawcę:**  ............................................................................................................................ |
| **33. Czy oferta jest w tym samym czasie zgłoszona do innego powiatowego urzędu pracy na terenie kraju:**  **TAK** / **NIE**  *Pracodawca posiada możliwość zgłoszenia oferty wyłącznie do jednego urzędu pracy właściwego ze względu na siedzibę pracodawcy lub miejsce wykonywania pracy lub innego wybranego przez siebie urzędu.* | **34. Forma upowszechnienia ofer ty pracy:**    **zawiera** dane umożliwiające identyfikację pracodawcy (oferta otwarta)    **nie zawiera** danych umożliwiających identyfikację pracodawcy (oferta zamknięta) |
| **35. Czy upowszechnić ofertę pracy do innych PUP :**  **NIE**  **TAK** (*których)* ........................................................................................  ............................................................................................................................ | **36. Upowszechnienie oferty w wybranych krajach EOG:** *(w przypadku odpowiedzi twierdzącej* *wypełnić załącznik nr 1*)  **NIE**  **TAK** (*których)* ..............................................................................................................................  ............................................................................................................................... |
| **INFORMACJE DODATKOWE** | |
| **37. Czy oferta jest złożona w celu uzyskania informacji starosty ?**  **TAK**  / **NIE** | **38. Czy pracodawca wyraża zgodę na kierowanie kandydatów?**  *( Zaznaczyć w przypadku odpowiedzi twierdzącej w pkt.37)*  **TAK**  / **NIE** |
| **39.Pracodawca oczekuje organizacji giełdy pracy / pomocy w doborze kandydatów?**  **TAK** / **NIE** | **40. Pracodawca oczekuje informacji o liczbie osób zarejestrowanych spełniających jego oczekiwania:** **TAK** / **NIE** |
| **41. Opis czynników niebezpiecznych, szkodliwych dla zdrowia lub czynników uciążliwych i innych wynikających ze sposobu wykonywania pracy:**  **Fizyczne** ………………………………………………...................................................................................................................................................…………....  **Pyły** ………………………………….........................................................................................................................................………...............…………………...  **Chemiczne** ………………………...........................................................................................................................................……………………………............…  **Biologiczne** ……………………………………………………………...............................................................................................................................................  **Inne, w tym niebezpieczne** …….........................................................................................................................................…………………………………............. | |

W przypadku gdy pracodawca krajowy zawarł w zgłoszeniu krajowej oferty pracy wymagania **naruszające zasadę równego traktowania** w zatrudnieniu, o której mowa w ustawie, zwane dalej „wymaganiami dyskryminującymi”, lub zgłosił tę ofertę pracy do innego powiatowego urzędu pracy lub powiatowy urząd pracy podejmie decyzję o nieprzyjęciu tej oferty na podstawie art. 36 ust. 5f ustawy, powiatowy urząd pracy powiadamia tego pracodawcę o odmowie przyjęcia krajowej oferty pracy do realizacji.

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.

**............................................................. ………..............................................................................**  *miejscowość, data czytelny podpis osoby składającej krajową ofertę pracy*

* **Klauzula informacyjna dla pracodawców składających oferty 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](mailto: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](mailto:iod@zdunskawola.praca.gov.pl).

Celem przetwarzania danych, jaki realizuje Administrator jest **przyjmowanie zgłoszeń krajowych ofert pracy**. 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 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy 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 określonego celu nie występuje profilowanie.

Państwa dane będą przetwarzane przez okres ważności oferty pracy, tj. 30 dni oraz zgodnie z przepisami prawa przez okres 5 lat po upływie wskazanego terminu lub zrealizowaniu złożonej oferty. Jednocześnie informujemy, że podanie danych jest dobrowolne, jednak niezbędne do realizacji wyżej określonego celu.

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. Dane nie będą transferowane poza Polskę.

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.

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.2022.593, ze zm.) 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/>)

   \* niepotrzebne 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)