

Powiatowy Urząd Pracy w Zduńskiej Woli



Fundusze Europejskie

Jednostka Samorządu Terytorialnego

ul. Getta Żydowskiego 4 tel. 43 823 23 27 www.zdunskawola.praca.gov.pl
98-220 Zduńska Wola fax 43 824 56 88 sekretariat@zdunskawola.praca.gov.pl

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

Starosta Zduńskowolski za pośrednictwem PUP w Zduńskiej Woli

Wniosek należy złożyć w Powiatowym Urzędzie Pracy w Zduńskiej Woli, 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 2023 r., poz. 735 z późn. zm.).
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.



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



województwo
łódzkie

I. DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY:**1. Pełna nazwa pracodawcy:**

.....

2. Adres siedziby:**3. Miejsce prowadzenia działalności:**

.....

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

.....

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

.....

6. Identyfikator REGON:.....**7. Identyfikator NIP:**.....**8. Rodzaj prowadzonej działalności:****9. Data rozpoczęcia działalności:****10. Kod PKD:****11. Forma organizacyjno – prawna prowadzonej działalności:**

.....

12. Nazwa banku i numer konta bankowego:

.....

13. Stopa procentowa składki na ubezpieczenie wypadkowe:.....**14. 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.

2. Liczba osób przewidzianych do zatrudnienia:

3. Planowany okres zatrudnienia w ramach prac interwencyjnych:
od dnia..... do dnia.....

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

5. Stanowisko:.....

6. Miejsce wykonywania pracy (dokładny adres):
.....

7. Rodzaj umowy:

na czas określony

na czas nieokreślony

8. Proponowane wynagrodzenie brutto (zł/m-c):.....

9. Proponowana wysokość refundacji:.....

10. Termin wypłaty wynagrodzenia:

do ostatniego dnia miesiąca za miesiąc bieżący

do 10 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni

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

12. 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:

9. **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.**
10. **Oświadczenie o otrzymanej innej pomocy publicznej (załącznik nr 6).**
11. **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(ów) 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

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

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

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 krajowych¹.

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

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>

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

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 udzieloną 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 udzieloną 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 udzieloną 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 wnioski 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 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 prawa², 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 elektronicznej³.

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, przysługują Państwu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

² Przepisy prawa w zakresie przechowywania dokumentacji określa Ustawa z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach

³ Tylko w przypadku kontaktu poprzez elektroniczną skrzynkę pocztową (e-mail)

**ZGŁOSZENIE KRAJOWEJ OFERTY PRACY**

| DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|
| 1. Nazwa pracodawcy: | | 2. NIP: | | | | | | | |
| 4. Adres pracodawcy: miejscowość ulica nr kod pocztowy gmina nr telefonu / faksu e-mail strona internetowa | | 3. REGON: | | | | | | | |
| | | 5. Forma prawna prowadzonej działalności: <input type="checkbox"/> osoba fizyczna <input type="checkbox"/> spółka <input type="checkbox"/> inna | | | | | | | |
| | | 6. Podstawowy rodzaj działalności wg PKD: <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | 7. Liczba zatrudnionych pracowników: <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 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: <input type="checkbox"/> nie zostałem / <input type="checkbox"/> zostałem ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy w okresie do 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy lub <input type="checkbox"/> nie jestem / <input type="checkbox"/> jestem objęty postępowaniem w tej sprawie, <input type="checkbox"/> nie jestem / <input type="checkbox"/> jestem agencją zatrudnienia zgłaszającą ofertę pracy tymczasowej. Nr KRAZ | | | | | | | |
| DANE DOTYCZĄCE ZGŁASZANEGO STANOWISKA PRACY | | | | | | | | | |
| 10. Nazwa i kod zawodu: <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | 11. Nazwa stanowiska: | |
| | | | | | | | | | |
| 12. Liczba wolnych miejsc pracy: w tym dla osób niepełnosprawnych: <table border="1"><tr><td> </td></tr><tr><td> </td></tr></table> | | | | 13. Liczba osób, która ma zostać skierowana do pracodawcy krajowego: <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 14. Ogólny zakres obowiązków: | | | | | | | | | |
| 15. Miejsce wykonywania pracy: | | 16. Rodzaj umowy: <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> na czas określony <input type="checkbox"/> okres próbny <input type="checkbox"/> umowa zlecenie <input type="checkbox"/> inna (jaka?) | | | | | | | |
| 19. Data rozpoczęcia pracy: | | 17. System i rozkład czasu pracy: <input type="checkbox"/> jedna zmiana <input type="checkbox"/> dwie zmiany <input type="checkbox"/> trzy zmiany <input type="checkbox"/> ruch ciągły <input type="checkbox"/> inny (jaki?) | | | | | | | |
| 20. Okres zatrudnienia: | | 18. System wynagradzania: <input type="checkbox"/> czasowy ze stawką miesięczną <input type="checkbox"/> czasowy ze stawką godzinową <input type="checkbox"/> akordowy <input type="checkbox"/> prowizyjny <input type="checkbox"/> inny (jaki?) | | | | | | | |
| | | 21. Wymiar czasu pracy: (np. pełny, 1/2 etatu, w przypadku umowy cywilnoprawnej określić liczbę godzin w miesiącu lub tygodniu) | | | | | | | |
| | | 22. Godziny pracy: | | | | | | | |
| | | 23. Wysokość wynagrodzenia: (brutto) | | | | | | | |
| 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”. <input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE | | | | | | | | | |

OCZEKIWANIA PRACODAWCY WOBEC KANDYDATÓW DO PRACY

| | |
|---|---|
| <p>25. Poziom wykształcenia:</p> <p><input type="checkbox"/> bez znaczenia <input type="checkbox"/> podstawowe / <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/> średnie ogólnokształcące / <input type="checkbox"/> średnie zawodowe <input type="checkbox"/> wyższe (w tym licencjat)</p> <p>kierunek / specjalność:</p> | <p>26. Umiejętności:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
| <p>27. Doświadczenie zawodowe: (<i>zawód - staż</i>)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | <p>28. Uprawnienia:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
| <p>29. Znajomość języków obcych: (<i>nazwa języka / poziom znajomości</i>)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> | <p>30. Szczególne zainteresowanie zatrudnieniem kandydatów z państw EOG:</p> <p><input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK (z których)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |

INFORMACJE DOTYCZĄCE POSTĘPOWANIA Z OFERTĄ

| | |
|---|--|
| <p>31. Okres aktualności oferty:</p> <p>.....</p> | <p>32. Częstotliwość kontaktów z osobą wskazaną przez pracodawcę:</p> <p>.....</p> |
| <p>33. Czy oferta jest w tym samym czasie zgłoszona do innego powiatowego urzędu pracy na terenie kraju:</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE</p> <p><i>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.</i></p> | <p>34. Forma upowszechnienia ofer ty pracy:</p> <p><input type="checkbox"/> zawiera dane umożliwiające identyfikację pracodawcy (oferta otwarta) <input type="checkbox"/> nie zawiera danych umożliwiających identyfikację pracodawcy (oferta zamknięta)</p> |
| <p>35. Czy upowszechnić ofertę pracy do innych PUP :</p> <p><input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK (których)</p> <p>.....</p> | <p>36. Upowszechnienie oferty w wybranych krajach EOG: (<i>w przypadku odpowiedzi twierdzącej wypełnić załącznik nr 1</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK (których)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |

INFORMACJE DODATKOWE

| | |
|---|---|
| <p>37. Czy oferta jest złożona w celu uzyskania informacji starosty ?</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE</p> | <p>38. Czy pracodawca wyraża zgodę na kierowanie kandydatów? <i>(Zaznaczyć w przypadku odpowiedzi twierdzącej w pkt.37)</i></p> <p align="center"><input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE</p> |
| <p>39. Pracodawca oczekuje organizacji giełdy pracy / pomocy w doborze</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> kandydatów <input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE</p> | <p>40. Pracodawca oczekuje informacji o liczbie osób zarejestrowanych spełniających jego oczekiwania: <input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE</p> |

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.

.....
miejsowość, 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.

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 **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, przysługują Państwu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.