

..……………………

(pieczęć pracodawcy)

**Starosta Powiatu Garwolińskiego**

**za Pośrednictwem**

**Powiatowego Urzędu Pracy**

**w Garwolinie**

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego**

**pracowników i pracodawców ze środków KFS**

na zasadach określonych w art. 69a-b ustawy z 20 kwietnia 2004 r., o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 r., poz. 475 z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja   
2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego ( Dz. U. z 2018 r., poz. 117).

**A. Dane Pracodawcy**

1. **Pełna nazwa pracodawcy** …………………………………………………………………………………

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

1. **Adres siedziby pracodawcy (zgodny z CEIDG/KRS)**

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

1. **Adres do korespondencji (podać jeżeli jest inny adres siedziby)** …………………………………………………………

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

1. **Miejsce prowadzenia działalności** …………………………………………………………......................

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

1. **Telefon** …………………………………………

**e-mail** ……………………………………………... **strona www** …………………………………………

1. **Numer identyfikacji podatkowej NIP**…………………………….. **REGON** …………………………...
2. **Oznaczenie przeważającego rodzaju działalności gospodarczej według PKD** …………………………
3. **Wielkość przedsiębiorstwa** – zgodnie z Ustawą prawo przedsiębiorców (właściwe zaznaczyć)

* **mikro** (przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 2 mln euro i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 mln euro),
* **małe** (przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 mln euro i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 mln euro),
* **średnie** (przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 mln euro i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 mln euro),
* **inne**

9**. Liczba zatrudnionych pracowników** **zatrudnionych na umowę o pracę**………………………………

10**. Osoba / osoby uprawniona do reprezentacji i podpisania wnioskowanej umowy**

***(zgodnie z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem)***

a) imię i nazwisko ………………………………………... stanowisko ………………………………………..

b) imię i nazwisko ……………………………………….. stanowisko ………………………………………...

11. **Osoba wyznaczona do kontaktu z PUP**

imię i nazwisko …………………………………………. Stanowisko ………………………………………...

telefon …………………………………………..., e-mail ……………………………………………………...

**B. Koszt planowanych działań kształcenia ustawicznego**

1. **Całkowita wysokość wydatków**, która będzie poniesiona na działania związane z kształceniem ustawicznym pracowników i pracodawcy …………………………………………………………………………………………………………………...

(słownie zł ……………………………………………………………………………………………………...)

w tym:

1. **kwota wnioskowana z KFS** ……………………………………………………………………………….

(słownie: …………………………………………………………………………………………...………)

1. **kwota wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę\*** ……………………………………………...

(słownie: ……………………………………………………………………………..……………………)

*\* nie dotyczy mikroprzedsiębiorstw*

**Koszty kształcenia ustawicznego tj. szkolenia i studia podyplomowe finansowane w całości lub co najmniej w 70% ze środków publicznych są zwolnione z VAT (art. 43 ust. 1 pkt 29 lit. c ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług Dz. U. 2024 r. poz. 361)**

2**. Nazwa banku i nr rachunku bankowego Pracodawcy, na który mają zostać przelane środki z KFS:**

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

nazwa banku

🗌🗌-🗌🗌🗌🗌-🗌🗌🗌🗌-🗌🗌🗌🗌-🗌🗌🗌🗌-🗌🗌🗌🗌-🗌🗌🗌🗌

**UWAGA!** W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, środki muszą zostać przekazane realizatorowi kształcenia ze wskazanego wyżej rachunku.

**C. Priorytety wydatkowania środków KFS na rok 2025**

**1)** **wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w zawodach określanych jako deficytowe na danym terenie tj. w powiecie lub w województwie;**

*Pracodawca, który chce spełnić wymagania niniejszego priorytetu powinien udowodnić, że wskazana forma kształcenia ustawicznego dotyczy zawodu deficytowego na terenie powiatu garwolińskiego/miejsca wykonywania pracy uczestnika kształcenia.*

**2)** **wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy;**

*Pracodawca wnioskujący o sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego dla pracowników w ramach tego priorytetu, do wniosku dołącza dowolny wiarygodny dokument potwierdzający, że w ciągu jednego roku przed złożeniem wniosku bądź w ciągu trzech miesięcy po jego złożeniu zostały/zostaną zakupione nowe maszyny i narzędzia, bądź będą wdrożone nowe procesy, technologie i systemy, a osoby objęte kształceniem ustawicznym będą wykonywały nowe zadania związane z wprowadzonymi/planowanymi do wprowadzania zmianami.*

**3)** **wsparcie kształcenia ustawicznego pracodawców i ich pracowników zgodnie z potrzebami szkoleniowymi, które pojawiły się na terenach dotkniętych przez powóź we wrześniu 2024 roku;**

*Priorytet powyższy oferuje wsparcie pracodawcom prowadzącym działalność na terenach, na których obowiązuje rozporządzenie Rady Ministrów z 16 września 2024 roku w sprawie wykazu gmin w których są stosowane szczególne rozwiązania związane z usuwaniem skutków powodzi z września 2024 r., oraz rozwiązań stosowanych na ich terenie (Dz. U. 2024 poz. 1371)*

**4)** **poprawa zarządzania i komunikacji w firmie w oparciu o zasady przeciwdziałania dyskryminacji mobbingowi, rozwój dialogu społecznego, partycypacji pracowniczej i wspierania integracji w miejscu pracy;**

*Kreowanie bezpiecznego i wspierającego środowiska pracy jest kluczową rolą pracodawców. Dlatego też dialog społeczny stanowi bardzo ważną funkcję w zapobieganiu mobbingowi i dyskryminacji*

**5)** **promowanie i wspieranie zdrowia psychicznego oraz tworzenie przyjaznych środowisk pracy poprzez m.in. szkolenia z zakresu zarządzania wiekiem, radzenia sobie ze stresem, pozytywnej psychologii, dobrostanu psychicznego oraz budowania zdrowej i różnorodnej kultury organizacji;**

*Priorytet adresowany do wszystkich pracodawców, bez względu na rodzaj i obszar prowadzonej działalności, w ramach którego można przeszkolić każdego pracownika czy pracodawcę bez względu na wykonywaną pracę*

**6)** **wsparcie cudzoziemców, w szczególności w zakresie zdobywania wiedzy na temat polskiego prawa pracy i integracji tych osób na rynku pracy;**

*W ramach tego priorytetu mogą być finansowane szkolenia* ***tylko*** *dla cudzoziemców.*

**7)** **wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych;**

*Warunkiem skorzystania jest oświadczenie pracodawcy o konieczności odbycia wnioskowanego szkolenia lub nabycia określonych umiejętności z zakresu usług zdrowotnych i opiekuńczych*

**8)** **rozwój umiejętności cyfrowych;**

*Wnioskodawca w uzasadnieniu powinien wykazać, że posiadanie konkretnych umiejętności cyfrowych, które objęte są tematyką wnioskowanego szkolenia, jest powiązane z pracą wykonywaną przez osobę kierowaną na szkolenie*

**9)** **wsparcie rozwoju umiejętności związanych z transformacją energetyczną.**

*Priorytet jest adresowany do wszystkich pracodawców, którzy chcą przyczynić się do realizacji założonych celów transformacji energetycznej np. przejścia z energetyki tradycyjnej, węglowej do bardziej przyjaznych źródeł energii np. wiatraków czy farm fotowoltaicznych*

**D. Informacje o uczestnikach kształcenia ustawicznego, których dotyczą wydatki**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | | **Liczba pracodawców** | | **Liczba pracowników** | |
| **razem** | **w tym kobiet** | **razem** | **w tym kobiet** |
| **Objęci wsparciem ogółem:** | |  |  |  |  |
| **Według rodzajów wsparcia** | kursy |  |  |  |  |
| studia podyplomowe |  |  |  |  |
| egzaminy |  |  |  |  |
| badania lekarskie i/lub psychologiczne |  |  |  |  |
| ubezpieczenie NNW |  |  |  |  |
| **Według grup wiekowych** | 15-24 |  |  |  |  |
| 25-34 |  |  |  |  |
| 35-44 |  |  |  |  |
| 45 lat i więcej |  |  |  |  |
| **Według poziomu wykształcenia** | gimnazjalne i poniżej |  |  |  |  |
| zasadnicze zawodowe |  |  |  |  |
| średnie ogólnokształcące |  |  |  |  |
| policealne i średnie zawodowe |  |  |  |  |
| wyższe |  |  |  |  |

**E. Informacje dotyczące działań do sfinansowania z udziałem Krajowego Funduszu Szkoleniowego *(należy wypełnić oddzielnie do każdej osoby objętej kształceniem)***

W przypadku większej liczby zaplanowanych działań, tabelę powielić

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane osoby objętej kształceniem** | **Działanie\* tj.** szkolenie, studia podyplomowe, egzamin, badania lekarskie i psychologiczne,ubezpieczenie NNW | **Koszty w zł** |
| ……………………..........….....…  imię i nazwisko  …………………….........……......…..  data urodzenia.  ……………………………….............rodzaj umowy  oraz okres jej obowiązywania  od ........................…do .........................  ………………………...........…………. wymiar etatu  …………………………….................stanowisko  ……………………………..........…..  wykształcenie  **Priorytety wydatkowania środków na 2023 r.**  (właściwe zaznaczyć - opis priorytetów trzecia strona wniosku lit **C**)   * 1 * 2 * 3 * 4 * 5 * 6 * 7 * 8 * 9 | **Działanie\* nr 1** …………..……………....……………....….  **Nazwa kształcenia:** ……………………………………………………………………………………………………………………………………  **Nazwa, adres i NIP instytucji realizującej działanie**  ………..…………………………………………..………….…………………………………………………………………….  **Miejsce kształcenia:** …………………………………………………..……………..  …………………………………………………..……………..  **Termin realizacji**: od………………. do….…….…..……..…  **Liczba godzin kształcenia** …………………………….………  **Koszt**:……………………..………..…………………..………  **Działanie\* nr 2** …………..……………………........…….….  **Nazwa kształcenia:** ……………………………………………………………………………………………………………………………………  **Nazwa, adres i NIP instytucji realizującej działanie** ………..…………………………………………..………….…………………………………………………………………….  **Miejsce kształcenia:** …………………………………………………..……………..  …………………………………………………..……………..  **Termin realizacji**: od………….……. do….…….………..…  **Liczba godzin kształcenia** ……………………………………  **Koszt**:……………………..………..…………………..……… | Całkowita kwota na osobę:  ………........………  Wnioskowana kwota na osobę:  …………........…….  Wysokość wkładu własnego na osobę  (jeżeli dotyczy)  …………........……. |

***UWAGA***

**Od każdej osoby wskazanej do kształcenia ustawicznego musi być załączona informacja pracownika/pracodawcy o przetwarzaniu danych osobowych (Załącznik nr 1)**

**1. Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego, przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy/pracownika**

Należy wskazać powody wnioskowania o ich sfinansowanie pod kątem potrzeb pracodawcy**,** np. zapobieganie utracie zatrudnienia, niedopasowania do potrzeb rynku pracy, dezaktualizacji wiedzy/ umiejętności/ uprawnień, konieczności dostosowania wiedzy/ uprawnień do potrzeb nowych technologii oraz obowiązujących priorytetów wydatkowania środków KFS:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Opis dotyczący planów dalszego zatrudnienia uczestnika kształcenia ustawicznego (nie dotyczy pracodawcy)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**F. Uzasadnienie wyboru realizatora kształcenia ustawicznego**

***(należy wypełnić do każdej formy kształcenia)***

1. Uzasadnienie wyboru realizatora usługi

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

2. Nazwa i siedziba realizatora

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

3. Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług, a w przypadku kursów posiadanie dokumentu, na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego

(jeżeli tak prosimy o przedłożenie kopii posiadanego dokumentu)

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

4. Nazwa kształcenia ustawicznego ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

5. Liczba godzin kształcenia ustawicznego ……………………………………………………………………

6. Cena usługi …………………………………………………………………………………………………

(słownie zł: ……………………………………………………………………………………………………)

7. Informacja o porównywalnych ofertach , o ile są dostępne (co najmniej jedna oferta)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp |  | **Oferta 1** | **Oferta 2** |
| 1 | **Nazwa realizatora** |  |  |
| 2 | **Nazwa kształcenia** |  |  |
| 3 | **Liczba godzin** |  |  |
| 4 | **Cena** |  |  |

**Informacje:**

1. Wysokość wsparcia:

* 80% kosztów kształcenia ustawicznego, nie więcej jednak niż 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika,
* 100% kosztów kształcenia w przypadku mikroprzedsiębiorstw, nie więcej jednak niż 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika.

1. W przypadku, gdy pracodawca podlega przepisom o pomocy publicznej, zastosowanie ma:

* rozporządzenia Komisji (UE) Nr 2023/2831 z dnia 13.12.2023r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 2023/2831 z 15.12.2023) lub
* rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18.12.2013r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, z późn.zm.) lub
* rozporządzenia Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27.06.2014r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.2014, z późn. zm.).

1. Wniosek należy złożyć w Powiatowym Urzędzie Pracy właściwym ze względu na siedzibę pracodawcy albo miejsce prowadzenia działalności.
2. W przypadku gdy złożony wniosek jest wypełniony nieprawidłowo, urząd wyznacza wnioskodawcy termin nie krótszy niż 7 dni i nie dłuższym niż 14 dni do jego poprawienia. Rozpatrzeniu będzie podlegał tylko wniosek kompletny i prawidłowo wypełniony.
3. **Wniosek niekompletny, bez wszystkich wymaganych załączników, pozostawia się bez rozpatrzenia zgodnie z §6 ust. 3 pkt 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018poz. 117)**

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

1. Jestem pracodawcą w rozumieniu art.3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks Pracy;
2. Zalegam[[1]](#footnote-1)\*/ Nie zalegam\* w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
3. Zalegam\* / Nie zalegam\* w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;
4. Posiadam\* / Nie posiadam\* w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
5. Podlegam stosowaniu /nie podlegam\* stosowaniu przepisów, Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 2023/2831 z dnia 13.12.2023r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 2023/2831 z 15.12.2023).
6. Podlegam /nie podlegam\* stosowaniu przepisów, Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18.12.2013r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, z późn.zm.).
7. Podlegam /nie podlegam\* stosowaniu przepisów, Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27.06.2014r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.2014, z późn. zm.).
8. Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy ze starostą otrzymam pomoc publiczną.
9. Byłem(am) / nie byłem(am)\* karany(a) zakazem dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009r., o finansach publicznych ((Dz. U. z 2023r. poz. 1270, z późn.zm.).
10. Przyznanie środków z KFS we wnioskowanej wysokości nie spowoduje przekroczenia limitu pomocy w wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia na jedną osobę w danym roku, o którym mowa w art.69b ust.1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
11. **Zapoznałem się z art.69 a i 69b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz z rozporządzeniem Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej z 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego.**
12. Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu przez Powiatowy Urząd Pracy w Garwolinie dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o której mowa w rozporządzeniu MPiPS z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. 2014 poz. 639 ), zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U z 2016 r. poz. 922)
13. Jestem świadomy(a), że kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego jest finansowane ze środków publicznych i w związku z tym podlega szczególnym zasadom rozliczania.
14. Wszyscy pracownicy wskazani we Wniosku są zatrudnieni na podstawie ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. – Kodeks pracy.
15. **Oświadczam, że nie ubiegam się o środki na kształcenie pracowników objętych niniejszym wnioskiem w innym Powiatowym Urzędzie Pracy**
16. **Oświadczam, że ciąży\*/ nie ciąży\* na mnie obowiązek zwrotu kwoty stanowiącej równowartość udzielonej pomocy publicznej, co do której Komisja Europejska wydała decyzję o obowiązku zwrotu pomocy\*;**
17. Prawdziwość danych zawartych w niniejszym wniosku potwierdzam własnoręcznym podpisem.

……………………………………………...

(data, pieczęć i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej)

**WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

1. Informacja o przetwarzaniu danych osobowych - załącznik nr 1.
2. Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis - załącznik nr 2.
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis - załącznik nr 3.
4. Formularz informacji przedstawianych przez Wnioskodawcę ubiegającego się

o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie – załącznik nr 4.

1. Oświadczenie uzupełniające informację przy ubieganiu się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie – załącznik nr 5.
2. W przypadku wnioskowania o szkolenia, informacja z instytucji szkoleniowej - załącznik nr 6.
3. W przypadku wnioskowania o studia podyplomowe - załącznik nr 7.
4. W przypadku wnioskowania o egzamin - załącznik nr 8.
5. Oświadczenie pracodawcy – załącznik nr 9.
6. Kopia dokumentu potwierdzającego prawną formę prowadzenia działalności – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego (KRS) lub CEiDG, np. może to być umowa spółki cywilnej wraz z ewentualnymi wprowadzonymi do niej zmianami lub statut w przypadku stowarzyszenia, fundacji lub inne dokumenty (właściwe np. dla jednostek budżetowych, szkół, przedszkoli).
7. W przypadku, gdy pracodawcę reprezentuje pełnomocnik, do wniosku musi być załączone pełnomocnictwo określające jego zakres i podpisane przez osoby uprawnione do reprezentacji pracodawcy.
8. Program kształcenia lub zakres egzaminu.
9. Wzór dokumentu wystawianego przez realizatora usługi potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestnika kształcenia ustawicznego.

***Urząd zastrzega sobie prawo żądania dodatkowych dokumentów stwierdzających prawo do otrzymania dofinansowania do kształcenia ustawicznego w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego***

**Załącznik nr 1**

**Informacja o przetwarzaniu danych osobowych**

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, dalej RODO) uprzejmie informujemy, że:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Garwolinie z siedzibą przy ul. Mazowieckiej 26, 08-400 Garwolin, adres e-mail: sekretariat@pup.garwolin.pl reprezentowany przez Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Garwolinie. Mogą się Państwo z nami skontaktować w sposób tradycyjny pisząc na wskazany adres lub dzwoniąc pod numer tel. 25 685 25 00.

Chcąc zapewnić bezpieczeństwo Państwa danych osobowych Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych. Kontakt w sprawach związanych z przetwarzaniem i ochroną danych osobowych możliwy jest za pośrednictwem poczty elektronicznej pod adresem: iodo@pup.garwolin.pl.

Celem przetwarzania danych, jaki realizuje Administrator jest **finansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców w ramach środków KFS.**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 przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego W ramach określonego celu nie występuje profilowanie.

Państwa dane będą przetwarzane przez okres 10 lat po otrzymaniu odpowiedzi dotyczącej wnioskowanych środków, w związku z realizacją obowiązków ciążących na Administratorze. 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, przy czym 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, zgodnie z powyższymi instrukcjami.

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

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

(data, czytelny podpis pracownika)

**Załącznik nr 2**

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**Oświadczam**, że w ramach jednego przedsiębiorstwa:

1. W ciągu ostatnich 3 lat przed dniem złożenia wniosku ***otrzymałem / nie otrzymałem***\* pomoc   
   *de miniminis* z różnych źródeł i w różnych formach.

W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie oraz dołączyć kopię zaświadczeń o otrzymanej pomocy

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

Oświadczam, że otrzymałem inną pomoc publiczną\* / nie otrzymałem innej pomocy publicznej\* w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis.

*W przypadku otrzymania innej pomocy publicznej należy wypełnić formularz informacji   
o pomocy publicznej dla podmiotów ubiegających się o pomoc inną niż pomoc de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.*

*\* niepotrzebne skreślić*

*…………………………………………………………………………………………..……*

*(data, podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej*

*do reprezentowania Pracodawca)*

1. \* niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)