# WNIOSKODAWCA ……………………………………

/miejscowość, data/

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

/pieczęć firmowa Pracodawcy/

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Nowym Mieście Lubawskim**

# WNIOSEK

**w sprawie gotowości utworzenia miejsc przygotowania zawodowego dorosłych**

na zasadach określonych w:

1. Ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy

(Dz. U. z 2019 r., poz. 1482 z późn. zm.)

1. Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 kwietnia 2014 r. w sprawie przygotowania zawodowego dorosłych (Dz. U. poz. 497).
2. Ustawie o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej z dnia 30 kwietnia

2004 r. (t. j. Dz. U. z 2020 r., poz. 708).

1. Rozporządzeniu 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)
2. Rozporządzeniu Komisji (UE)Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str.9)
3. Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu UE do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (WE) (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.2014).

**I. INFORMACJE O ZAKŁADZIE PRACY**

1. Pełna nazwa firmy ……………….............………………………………………….…………………..……….

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

1. Siedziba firmy

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

……………………………………………………………………………………….………

1. Miejsce prowadzenia działalności

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

1. Tel., fax., e mail

………………………………………………………………………………….……………

1. Data rozpoczęcia działalności

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

1. Forma prawna ………………………………………………………………………………………….……

1. Stan zatrudnienia ogółem …………..os. ,w tym w ramach umowy o pracę……………...os.

1. Dokonywane przez zakład pracy zwolnienia w okresie ostatnich 6m-cy (liczba osób)…..….

z przyczyn…………………………………………………………………………………….

1. NIP ……………………………………………………………………………………….….

1. REGON…………………………………………………PKD………………………….…..

1. Osoba upoważniona do reprezentowania pracodawcy (imię, nazwisko, numer telefonu):

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

**II. DANE DOTYCZĄCE FORMY PRZYGOTOWANIA ZAWODOWEGO DOROSŁYCH**

Przygotowanie zawodowe dorosłych będzie odbywać się w formie (właściwe zaznaczyć):

1. **Praktycznej nauki zawodu dorosłych (PNZ)** umożliwiającej przystąpienie do egzaminu kwalifikacyjnego na tytuł zawodowy lub egzaminu czeladniczego;

1. **Przyuczenia do pracy dorosłych (PDP)** mającego na celu zdobycie wybranych kwalifikacji zawodowych lub umiejętności, niezbędnych do wykonywania określonych zadań zawodowych, właściwych dla zawodu występującego w klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy.

**III. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI PRZYGOTOWANIA ZAWODOWEGO**

**DOROSŁYCH ORAZ KSZTAŁCENIA TEORETYCZNEGO**

1. Forma, liczba przewidywanych miejsc, liczba osób przewidzianych do zatrudnienia, proponowany okres odbywania oraz nazwa i kod zawodu tworzonego miejsca przygotowania zawodowego dorosłych (zgodnie z klasyfikacją zawodów szkolnictwa zawodowego lub klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **FORMA**  **PRZYGOTOWANIA ZAWODOWEGO**  **DOROSŁYCH**    **(praktyczna nauka zawodu – PNZ,**  **przyuczenie do pracy - PDP)** | **LICZBA**  **PRZEWIDYWANYCH**  **MIEJSC PZD** | **LICZBA OSÓB**  **PRZEWIDZIANYCH**  **DO ZATRUDNIENIA PO ZAKOŃCZENIU PZD** | **PROPONOWANY**  **OKRES**  **ODBYWANIA PZD** | **NAZWA**  **I KOD**  **ZAWODU** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |

**Kształcenie teoretyczne realizowane będzie** */właściwe zaznaczyć/:*

1. całkowicie u pracodawcy

1. proponuję skierowanie uczestnika w celu zdobycia wiedzy teoretycznej do instytucji szkoleniowej wskazanej przez starostę

1. częściowo u pracodawcy, jednakże pracodawca nie może zapewnić warunków do zrealizowania w pełni programu praktycznej nauki zawodu dorosłych, dlatego też wnosi o zrealizowanie części tego programu przez wskazane przez starostę Centrum Kształcenia Praktycznego lub Centrum Kształcenia Ustawicznego w wymiarze nieprzekraczającym 20% czasu programu

1. Instytucja, w której może być przeprowadzony egzamin kwalifikacyjny na tytuł zawodowy,

egzamin czeladniczy lub egzamin sprawdzający………………………………………………..

.................................................................................................................................................... (nazwa, adres)

1. Czas pracy, zmianowość (max. 2 zmiany), godziny pracy…………………....……………...

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

1. Miejsce odbywania przygotowania zawodowego dorosłych (adres) ……………………….

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

1. Wykaz wydatków, które będzie ponosił pracodawca na uczestników przygotowania zawodowego dorosłych (na formularzu stanowiącym załącznik do wniosku)

## IV. INFORMACJE O OPIEKUNIE UCZESTNIKA/ÓW PRZYGOTOWANIA ZAWODOWEGO DOROSŁYCH

1. Imię i nazwisko opiekuna…………………………………………………………………….

1. Staż pracy u aktualnego pracodawcy…………………………………………………………

1. Zajmowane stanowisko……………………………………………………………………….

1. Posiadane kwalifikacje (wykształcenie, staż pracy w zawodzie obejmującym zadania zawodowe, do realizacji których wymagane są umiejętności zdobywane w trakcie przygotowania zawodowego dorosłych, uprawnienia)

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

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

5.W przypadku zaistnienia konieczności zmiany opiekuna PZD Pracodawca **jest / nie jest\*** w stanie zapewnić odpowiednie/-ego zastępstwo/-a (\*niewłaściwe skreślić).

**UWAGA:**

Od opiekunów uczestników przygotowania zawodowego dorosłych realizowanego w formie praktycznej nauki zawodu dorosłych jest wymagane posiadanie kwalifikacji instruktorów praktycznej nauki zawodu, określonych w przepisach dotyczących praktycznej nauki zawodu. Od opiekunów uczestników przygotowania zawodowego dorosłych realizowanego w formie przyuczenia do pracy dorosłych jest wymagane posiadanie co najmniej: wykształcenia średniego: 3-letniego stażu pracy w zawodzie w którym są wykonywane zadania zawodowe wymagające umiejętności nabywanych w trakcie przyuczenia; rocznego doświadczenia w wykonywaniu zadań z zakresu nadzoru nad pracownikami, stażystami lub praktykantami.

## V. INFORMACJE DOTYCZĄCE KIEROWANYCH KANDYDATÓW NA UCZESTNIKÓW PZD

1. Wymagany poziom wykształcenia .................................................................................................................................................

1. Wymagania dot. predyspozycji psychofizycznych i zdrowotnych

………………………………………………………………………………………………

1. Proponowany kandydat do odbycia przygotowania zawodowego dorosłych będzie

*/właściwe zaznaczyć/:*

1. wskazany przez PUP

1. wskazany przez pracodawcę: ………………………………………………………………

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

(w przypadku zaznaczenia pozycji B należy podać imię, nazwisko, PESEL, adres zamieszkania oraz kwalifikacje kandydata)

Data………………………. …………………………………………..….

/pieczątka i podpis Pracodawcy/

## Oświadczenie Pracodawcy

**Oświadczam, że w dniu złożenia wniosku w sprawie gotowości utworzenia miejsc przygotowania zawodowego dorosłych:**

1) **Prowadzę / nie prowadzę**\*działalność(-ci) gospodarczą(-ej) w rozumieniu art. 2 pkt 17 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r., o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t. j. Dz. U. z 2020 r., poz. 708).

2) **Jestem / nie jestem**\* beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu przepisów ustawy o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej z dnia 30 kwietnia 2004 r. (t. j. Dz. U. z 2020 r., poz. 708).

3) **Zalegam / nie zalegam\*** z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie należnych składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.

4) **Zalegam / nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem w terminie innych danin publicznych, w tym z opłatami wobec Urzędu Skarbowego z tytułu zobowiązań podatkowych.

5) **Posiadam / nie posiadam\*** nieuregulowanych zobowiązań wynikających z tytułu zawartych umów cywilnoprawnych.

6) **Znajduję się / nie znajduje się\*** w stanie likwidacji lub upadłości.

7) W okresie 365 dni przed zgłoszeniem oferty pracy **zostałem / nie zostałem\*** skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych oraz **jestem / nie jestem\*** objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.

**9) Zobowiązuję się** do złożenia stosownego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej oraz pomocy de minimis w dniu podpisania umowy, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy otrzymam pomoc publiczną lub pomoc de minimis.

**\* niepotrzebne skreślić**

***Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 § 1 Kodeksu Karnego), oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne z prawdą.***

Data………………………. …………………………………………..….

/pieczątka i podpis Pracodawcy/

**Oświadczenie pracodawcy o otrzymaniu lub nieotrzymaniu pomocy de minimis**

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego: „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę,  
podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.” oświadczam, iż w okresie roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat przed dniem wystąpienia z wnioskiem o udzielenie pomocy:

- otrzymałem(am) / nie otrzymałem(am)\* pomocy *de minimis,*

- otrzymałem(am) / nie otrzymałem(am)\* pomocy *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie\*

W przypadku otrzymania pomocy publicznej *de minimis* należy podać wielkość pomocy otrzymanej w ciągu danego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających lat podatkowych od daty złożenia wniosku:

**wielkość otrzymanej pomocy de minimis w złotych: …………………………**

**wielkość otrzymanej pomocy de minimis w euro: ……………………………**

………………………………………….

/ pieczątka i podpis Pracodawcy /

\* niepotrzebne skreślić

**Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych**

**w Powiatowym Urzędzie Pracy w Nowym Mieście Lubawskim**

Zgodnie z [art. 13 ust. 1 i ust. 2](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtgm2tsnrrguytsltqmfyc4mzuhaztimztgq) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) [2016/679](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtgm2tsnrrguyts) z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy [95/46/WE](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrvgaytgnbsge4a) (RODO), informujemy, iż:

* **Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest PUP reprezentowany przez Dyrektora PUP z siedzibą w Nowym Mieście Lubawskim pod adresem, ul. Grunwaldzka 3, 13-300 Nowe Miasto Lubawskie, dane kontaktowe: numer telefonu 56 47 24 280  fax   56 47 24 290 , adres email: olno@praca.gov.pl**
* **W sprawach związanych z Pani/Pana danymi osobowymi proszę kontaktować się z pracownikiem pełniącym funkcję Inspektora Ochrony Danych: email iod@nml.praca.gov.pl**
* PUP przetwarza Pani/Pana dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c  i lit. b Rozporządzenia, art. 33 ust. 2, art. 35 ust. 2c ustawy  z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 12 listopada 2012 r. w sprawie rejestracji bezrobotnych i poszukujących pracy (Dz. U. z 2012 r., poz. 1299)  w celu realizacji zadań wynikających z tej ustawy
* Odbiorcami Pani/Pana  danych osobowych będą tylko instytucje  upoważnione z mocy prawa i podmioty, które muszą zostać udostępnione do realizacji umowy.
* Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane   przez okres zgodny z „Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt”
* W związku z przetwarzaniem przez PUP Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu:
  + prawo dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 Rozporządzenia;
  + prawo do sprostowania danych, na podstawie art. 16 Rozporządzenia;
  + prawo do usunięcia danych, na podstawie art. 17 Rozporządzenia;
  + prawo do ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 Rozporządzenia;
  + prawo do przenoszenia danych, na podstawie art. 20 Rozporządzenia.
* W przypadku uznania, że przetwarzanie przez PUP Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia, przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu ochrony Danych Osobowych.

Administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej.

W przypadku, kiedy podstawa prawna przetwarzania danych osobowych wynika z przepisów prawa, brak podania danych osobowych sprawia pozostanie wniesionej sprawy bez rozpatrzenia.

Niniejsza Klauzula informacyjna dostępna jest również na stronie internetowej [**http://nowemiastolubawskie.praca.gov.pl**](http://nowemiastolubawskie.praca.gov.pl/urzad/ochrona-danych-osobowych), tablicach informacyjnych w siedzibie Urzędu oraz monitorach umieszczonych w holu Powiatowego Urzędu Pracy w Nowym Mieście Lubawskim.

Zapoznałem się/zapoznałam się dnia …………………..podpis………………………………………………………

**Wykaz załączników do wniosku:**

* 1. Program przygotowania zawodowego dorosłych
  2. Wykaz wydatków, które będzie ponosił Pracodawca na uczestników PZD.
  3. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje opiekuna PZD ( np. świadectwa ukończenia szkół, świadectwo czeladnicze lub mistrzowskie, zaświadczenie o ukończeniu kursu pedagogicznego dla instruktorów praktycznej nauki zawodu oraz dokumenty potwierdzające posiadany staż pracy w zawodzie).
  4. Odpis z właściwego rejestru lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej lub inny dokument potwierdzający formę prawną istnienia jednostki
  5. Pełnomocnictwo do podejmowania zobowiązań w imieniu Wnioskodawcy, jeżeli zostało udzielone, a nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Wnioskodawcę.

**POUCZENIE**

**Wnioski wypełnione nieczytelnie lub wypełnione w części, podpisane przez nieupoważnioną osobę, nie zawierające kompletu załączników – będą rozpatrywane dopiero po ich uzupełnieniu. Kserokopie przedkładanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem.**