…………………………., dnia …………………

(miejscowość)

 **Powiatowy Urząd Pracy**

**44-200 Rybnik**

**ul. Jankowicka 1**

**Wniosek o przyznanie bonu szkoleniowego**

Nazwisko i imię.........................................................................

Adres zamieszkania...................................................................

………………………………………………………………..

PESEL.......................................................................................

Wnioskuję o przyznanie bonu szkoleniowego na pokrycie kosztów szkolenia pn.:

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

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

oraz niezbędnych badań lekarskich/kosztów przejazdu/zakwaterowania\*.

Liczba godzin szkolenia……….………………………………………………………………………...

Koszt szkolenia………..……………….………………………………………………………………..

Termin szkolenia………………………………………………………………………………………..

Nazwa i adres instytucji szkoleniowej………………………………………………………………….

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

NIP instytucji szkoleniowej……………………………………………………………………………..

Numer wpisu instytucji szkoleniowej do Rejestru Instytucji Szkoleniowych…………………………..

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

**Oświadczam, że\*\***:

□ nie uczestniczyłem/am w szkoleniach finansowanych ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania powiatowego urzędu pracy okresie ostatnich 3 lat;

□ uczestniczyłem/am w szkoleniach finansowanych ze środków Funduszy Pracy na podstawie skierowania Powiatowego Urzędu Pracy w ……....................................................................oraz, że łączna kwota kosztów tych szkoleń nie przekroczyła dziesięciokrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę na jedną osobę w okresie ostatnich trzech lat;

□ nie uczestniczyłem/am we wskazanym powyżej szkoleniu w poprzednich latach;

□ uczestniczyłem/am we wskazanym powyżej szkoleniu w poprzednich latach.

 …………………………………

 (data i podpis wnioskodawcy)

Do wniosku dołączam\*:

* Oświadczenie przedsiębiorcy o zamiarze zatrudnienia po ukończeniu szkolenia.
* Oświadczenie bezrobotnego o zamiarze podjęcia działalności gospodarczej po ukończeniu szkolenia wraz z opisem planowanej działalności lub biznesplanem.
* Pisemne uzasadnienie celowości szkolenia

**Adnotacje urzędu:**

1. Oświadczenie pracownika działu ewidencji, świadczeń i informacji:

Stwierdzam prawidłowość rejestracji i poprawność przedłożonej do jej celu dokumentacji.

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

 (data) (pieczątka i podpis)

2. Informacja specjalisty do spraw rozwoju zawodowego:

□ Spełnia określone przepisami warunki do skierowania na szkolenie

□ Spełnia określone przepisami warunki do skierowania na szkolenie po uzyskaniu pozytywnej opinii doradcy zawodowego

□ Nie spełnia warunków do skierowania na szkolenie

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

 (data) (pieczątka i podpis)

3. Opinia doradcy klienta:

□ zgodne z ustaleniami założonymi w IPD

□ niezgodne z ustaleniami założonymi w IPD

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

 (data) (pieczątka i podpis)

 4. Decyzja Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy:

 □ pozytywna

 □ negatywna

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

 (data) (pieczątka i podpis)

**Potwierdzenie odbioru bonu szkoleniowego:**

Potwierdzam odbiór bonu szkoleniowego wydanego na podstawie art. 66k ust. 1 ustawy z dnia
20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, który stanowi gwarancję skierowania na szkolenie oraz opłacenia kosztów, które zostaną poniesione w związku z podjęciem szkolenia, o ile realizacja bonu odbywa się zgodnie z ustaleniami Indywidualnego Planu Działania.

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

 (data i podpis bezrobotnego) (data i podpis pracownika PUP)

1. **Opinia doradcy zawodowego\*\*\*:**

□ pozytywna

□ klient wymaga przyuczenia do zawodu

□ klient wymaga przekwalifikowania zawodowego

□ klient wymaga podwyższenia kwalifikacji zawodowych

□ klient posiada deficyt w zakresie umiejętności poszukiwania pracy

□ negatywna**,** uzasadnienie:……………………………..........................................................................

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

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

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

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

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

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

 (data) (pieczątka i podpis)

 \* Niepotrzebne skreślić.

 \*\* Zaznaczyć właściwe

\*\*\* Opinia obowiązkowa w przypadku konieczności skierowania na badania lekarskie

…………………………………….

 (pieczęć podmiotu)

**Oświadczenie przedsiębiorcy/podmiotu**

Oświadczam, że w terminie do 14 dni po ukończeniu szkolenia/uzyskaniu kwalifikacji pn. ………………………………………………………………………………………………….zatrudnię w ramach umowy o pracę na cały etat (1/1), na okres co najmniej 3 miesięcy, Pana(nią): …………………………………...............................................................................

Dane Przedsiębiorcy:

Nazwa: ………………………………………........................................................................

Numer identyfikacji podatkowej NIP: …………………………….………………………..

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych osób fizycznych

1. **Administratorem** Pani/Pana Danych Osobowych (zwanym dalej „ADO”) jest **Powiatowy Urząd Pracy
w Rybniku** z siedzibą przy ul. Jankowickiej 1, 44-200 Rybnik; e-mail: kancelaria@rybnik.praca.gov.pl;

www.rybnik.praca.gov.pl/ochrona-danych-osobowych;

1. Może Pani/Pan skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych (IOD) za pośrednictwem e-maila: iod@rybnik.praca.gov.pl;
2. Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e) RODO, bowiem przetwarzanie Pani/Pana danych jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi danych w postaci organizowania
i finansowania szkoleń, w tym w ramach bonów szkoleniowych w szczególności na podstawie art. 9 ust. 1 pkt 8a ustawy z 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, rozporządzenia MPiPS z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji oraz trybu i sposobów prowadzenia usług rynku pracy;
3. Dane osobowe są przetwarzane w celu rozpatrzenia przez Powiatowy Urząd Pracy w Rybniku wniosku bezrobotnego/poszukującego pracy o skierowanie na szkolenie (w tym w ramach bonu szkoleniowego); dane osobowe są także przetwarzane w celach statystycznych i archiwizacji;
4. ADO będzie przetwarzał następujące kategorie pozyskanych danych osobowych: dane identyfikacyjne, nazwa podmiotu, NIP;
5. Pani/Pana dane osobowe, o których mowa w pkt. 5 zostały pozyskane/pochodzą z następującego źródła:
od osoby bezrobotnej/poszukującej pracy – klienta Powiatowego Urzędu Pracy wnioskującego o pomoc
w organizacji szkolenia;
6. Pani/Pana dane osobowe są udostępniane następującym odbiorcom danych w rozumieniu art. 4 pkt 9 RODO: osoba bezrobotna/poszukująca pracy – klient Powiatowego Urzędu Pracy wnioskujący o pomoc;
7. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej;
8. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane maksymalnie przez okres wynikający z Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt (JRWA), z przepisów o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach; treść JRWA można znaleźć na stronie www.rybnik.praca.gov.pl/ochrona-danych-osobowych;
9. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich aktualizacji, sprostowania, usunięcia danych przetwarzanych bezpodstawnie lub ograniczenia przetwarzania;
10. Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia w każdym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania dotyczących jej/jego danych. ADO nie wolno wtedy przetwarzać tych danych chyba, że wykaże on istnienie ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania nadrzędnych wobec Pani/Pana interesów, praw i wolności lub podstaw do ustalenia, dochodzenia, obrony roszczeń;
11. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli sądzi Pani /Pan, że przetwarzanie jej/jego danych narusza przepisy prawa;
12. Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanym procesom podejmowania decyzji przez ADO, w tym profilowaniu.

……………………………………

 (podpis i pieczątka podmiotu)

…………………………., dnia …………………

(miejscowość)

………………………………………………….

(imię i nazwisko)

………………………………………………….

(adres zamieszkania)

………………………………………………….

(PESEL)

**Oświadczenie bezrobotnego**

Oświadczam, że w terminie do 30 dni od ukończenia szkolenia/uzyskania kwalifikacji pn.

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

rozpocznę działalność gospodarczą zgodnie z opisem planowanej działalności gospodarczej/biznesplanem\*, który jest załącznikiem do ww. oświadczenia.

Jednocześnie oświadczam, że zamierzam/nie zamierzam\* ubiegać się o jednorazowe środki na podjęcie działalności gospodarczej a rozpoczęcie deklarowanej działalności gospodarczej jest uzależnione/nie jest uzależnione\*od uzyskania w/w dotacji z Urzędu.

 …………………………………………….

 (data i podpis osoby bezrobotnej)

Załącznik\*:

* Opis planowanej działalności
* Biznesplan

\*niepotrzebne skreślić

…………………………., dnia …………………

(miejscowość)

………………………………………………….

(imię i nazwisko)

………………………………………………….

(adres zamieszkania)

………………………………………………….

(PESEL)

**Pisemne uzasadnienie celowości szkolenia**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 ………………………………………………………

 (data i podpis osoby bezrobotnej)