|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| logo |  POWIATOWY URZĄD PRACY **W GRYFICACH** *ul. Koszarowa 4, 72-300 Gryfice,* *tel. 913842934 , fax. 913864506* *e-mail:* *szkolenia@pupgryfice.pl* |

================================================================== |

**WNIOSEK O PRZYZNANIE BONU SZKOLENIOWEGO**

**OSOBIE BEZROBOTNEJ DO 30 ROKU ŻYCIA**

(w oparciu o art.66 k ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy

**(t. j. Dz.U. z 2021r., poz. 1100 ze zm.)**

|  |
| --- |
| **Wypełnia osoba bezrobotna**  |
| 1. **Imię i nazwisko**
 | **…………………………………………………………………..** |
| 1. **Adres zamieszkania i numer telefonu**
 | **Ul………………………………………………………………….****Nr domu………………… nr mieszkania …………………….****Miejscowość …………………………………………………..****Nr telefonu …………………………………………………….** |
| 1. **Data i miejsce urodzenia**
 | **…………………………………………………………………..** |
| 1. **PESEL**
 | **…………………………………………………………………..** |
| 1. **Poziom wykształcenia (zaznaczyć jedną odpowiedź)**
 | **О** podstawowe lub gimnazjalne**О** zasadnicze zawodowe**О** średnie zawodowe**О** średnie ogólnokształcące**О** wyższe |
| 1. **Nazwa i rok ukończenia szkoły (kierunek i specjalizacja)**
 | **…………………………………………………………………..****…………………………………………………………………..****…………………………………………………………………..****…………………………………………………………………..****…………………………………………………………………..** |
| 1. **Zawód wyuczony i ostatnio wykonywany**
 | **Wyuczony ……………………………………………………****Wykonywany…………………………………………………** |
| 1. **Czas pozostawania w ewidencji bezrobotnych i poszukujących pracy od ostatniej rejestracji**
 | **О** do 3 miesięcy**О** od 3 miesięcy do 6 miesięcy**О** od 6 miesięcy do 12 miesięcy**О** powyżej 12 miesięcy |
| 1. **Dodatkowe kwalifikacje i umiejętności (proszę wpisać rodzaj umiejętności i zakreślić tak jeśli potwierdzone świadectwem, lub nie)**
 |
| **Rodzaj kwalifikacji i umiejętności**  | **Potwierdzone świadectwem** |
| **1.** | **О tak О nie**  |
| **2.** | **О tak О nie** |
| **3.** | **О tak О nie** |
| **4.**  | **О tak О nie** |
| 1. **Stan zdrowia (udokumentowane przeciwwskazania lekarskie)**
 | **…………………………………………………………………..****…………………………………………………………………..** |
| 1. **Czy uczestniczył(a) Pan(i) w szkoleniu organizowanym przez Urząd Pracy? Jeżeli tak, to proszę podać nazwę i datę ukończenia szkolenia**
 | **…………………………………………………………………..****…………………………………………………………………..** |
| 1. **Nazwa szkolenia o jakie się Pan(i) ubiega?**
 | **1. …………………………………………………………………..****…………………………………………………………………….****…………………………………………………………………….****2. …………………………………………………………………..****…………………………………………………………………….****…………………………………………………………………….** |
| 1. **Nazwa i adres wskazanej instytucji szkoleniowej**
 | **1. …………………………………………………………………..****…………………………………………………………………….****…………………………………………………………………….****2. …………………………………………………………………..****…………………………………………………………………….****…………………………………………………………………….** |
| 1. **Termin i koszt szkolenia**

**Oraz liczba godzin szkolenia** | **1. …………………………………………………………………..****…………………………………………………………………….****…………………………………………………………………….****2. …………………………………………………………………..****…………………………………………………………………….****…………………………………………………………………….** |
| 1. **Koszt badań lekarskich i psychologicznych**
 | **Całkowity koszt badań lekarskich i psychologicznych** **…………………………………………………………………..****…………………………………………………………………..****Nazwa i adres jednostki przeprowadzającej badania** **lekarskie i psychologiczne****…………………………………………………………………..****…………………………………………………………………..****…………………………………………………………………..** |
|  **16. Koszty przejazdu na szkolenie**  | **Oszacowane koszty przejazdu na szkolenie** **…………………………………………………………………….****…………………………………………………………………….****…………………………………………………………………….****…………………………………………………………………….****Opis trasy przejazdu na szkolenie****…………………………………………………………………….****…………………………………………………………………….****…………………………………………………………………….****UWAGA:** ( koszty przejazdu na szkolenie zostaną wypłacone w formie ryczałtu, tj. kwoty pieniężnej ustalonej na podstawie analizy trasy przejazdu z miejsca zamieszkania do miejsca szkolenia środkami najtańszego transportu zbiorowego) |
|  **17. Zakwaterowanie**  | **Oszacowany koszt zakwaterowania****…………………………………………………………………….****…………………………………………………………………….****…………………………………………………………………….****…………………………………………………………………….**(wypełnić w przypadku, gdy zajęcia odbywają się poza miejscem zamieszkania)**UWAGA:** ( koszty zakwaterowania uczestnika szkolenia zostaną wypłacone w formie ryczałtu, tj. kwoty pieniężnej ustalonej na podstawie np. cennika hotelu (udokumentowanej rachunkiem/ fakturą po zakończonym szkoleniu) |
|  **18. Uzasadnienie celowości**  **wskazanego szkolenia**  | **……………………………………………………………………….….****……………………………………………………………….………….****……………………………………………………………………….….****……………………………………………………………….………….****……………………………………………………………………….….****……………………………………………………………….………….****……………………………………………………………………….….****……………………………………………………………….………….** |

**Przyjmuję do wiadomości, że:**

Koszt szkolenia nie może przekroczyć kwoty 100% przeciętnego wynagrodzenia obowiązującego w dniu przyznania bonu szkoleniowego łącznie z innymi kosztami związanymi ze szkoleniem np. niezbędnych badań lekarskich, dojazdu, zakwaterowania.

W sytuacji przekroczenia w/w/ kwoty bezrobotny ponosi pozostałe koszty.

Instytucja szkoleniowa przeprowadzająca szkolenie musi posiadać aktualny wpis do wojewódzkiego rejestru instytucji szkoleniowych.

Osoba bezrobotna zobowiązana jest do zwrotu kosztów szkolenia w przypadku nieukończenia szkolenia z własnej winy, z wyjątkiem sytuacji, gdy powodem nieukończenia szkolenia było podjęcie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej, lub w przypadku gdy skierowanie na szkolenie nastąpiło na podstawie nieprawdziwych oświadczeń lub sfałszowanych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd powiatowego urzędu pracy przez osobę skierowaną na szkolenie.

Osoba bezrobotna zobowiązana jest do dostarczenia kserokopii zaświadczenia o ukończeniu szkolenia lub innego dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia i uzyskanie kwalifikacji.

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 06.06.1997r. – Kodeks Karny prawdziwość danych zawartych w niniejszym wniosku zaświadczam własnoręcznym podpisem.

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

(MIEJSCOWOŚĆ I DATA) (PODPIS OSOBY BEZROBOTNEJ)

**UWAGA:**

**Wniosek** należy złożyć w Urzędzie Pracy **co najmniej 21 dni** przed planowanym terminem rozpoczęcia szkolenia celem dokonania niezbędnych formalności.

***WNIOSKI NIEKOMPLETNE NIE BĘDĄ ROZPATRYWANE***

**\*) niewłaściwe skreślić**

**POTWIERDZAM ODBIÓR BONU SZKOLENIOWEGO NR …………………………… W DNIU ……………**

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

(MIEJSCOWOŚĆ I DATA) (PODPIS OSOBY BEZROBOTNEJ)

……………………………………………..

Nazwisko i imię

……………………………………………..

Adres

……………………………………………..

PESEL

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady(UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE(Dz. Urz. UE L 119/1 z 04.05.2016r.) dalej RODO

Zostałem/am poinformowany/a, że:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Gryficach ul. Koszarowa 4, 72-300 Gryfice, e-mail:sekretariat@pupgryfice.pl;
2. W Powiatowym Urzędzie Pracy w Gryficach jest Inspektor ochrony danych, tel. 913843506, e-mail: iod@pupgryfice.pl
3. Moje dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 20.04.2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j Dz. U. 2021 poz.1100 ze zm.), na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b,c,f oraz art. 9 ust.2 lit.b,f,g RODO,
4. Odbiorcami moich danych osobowych będą podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa oraz z którymi zawarto umowę powierzenia danych lub na podstawie innego instrumentu prawnego,
5. Dane osobowe wynikające z rejestracji w urzędzie oraz realizowanych zadań, w tym zawartych umów będą przetwarzane i przechowywane ze względów archiwalnych zgodnie z jednolitym rzeczowym wykazem akt, w przypadku projektów unijnych zgodnie z warunkami umowy.
6. Posiadam prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania;
7. Przysługuje mi prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego gdy uznam, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza RODO;
8. Dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich;
9. Podanie przeze mnie danych osobowych ma charakter dobrowolny lecz jest wymogiem ustawowym oraz warunkiem realizacji zadań, w tym zawarcia stosownych umów. Konsekwencją niepodania przez Pana/nią danych osobowych będzie odmowa rejestracji.
10. W procesie analizy mojej sytuacji i szans na rynku pracy Administrator danych podejmuje decyzje w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania, w oparciu o dane dostępne w karcie rejestracyjnej oraz pozyskane w trakcie wywiadu prowadzonego z pracownikiem PUP w Gryficach. Decyzje te są podejmowane automatycznie w oparciu o system informatyczny udostępniony przez Ministra właściwego do spraw pracy. Decyzje podejmowane w ten zautomatyzowany sposób mają wpływ na formy pomocy jakimi mogę zostać objęta/y w ramach usług i instrumentów rynku pracy wynikających z ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz aktów wykonawczych do tej ustawy. Podejmowanie decyzji w sposób zautomatyzowany odbywa się zgodnie z przepisami ww. ustawy oraz rozporządzenia ministra pracy i polityki społecznej w sprawie profilowania pomocy dla bezrobotnych.

Pełna treść klauzuli informacyjnej dotyczącej obowiązków administratora PUP w Gryficach zamieszczona jest na stronie BIP, w zakładce podstawowe dane podmiotu oraz na tablicy ogłoszeń tut. urzędu.

Zapoznałem/am się:

Gryfice, dnia…………………………... Podpis…………………..………