***Załącznik nr 2***

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

(data wpływu do Urzędu) Skarżysko – Kamienna, dn.....................................................

**Dane wnioskodawcy:**

Pełna nazwa i adres wnioskodawcy:..............................................................................................

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

Siedziba firmy wnioskodawcy:.......................................................................................................

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

Miejsce prowadzenia działalności:.................................................................................................

Telefon:............................. Faks:...................Data rozpoczęcia działalności:..................................

NIP..........................................................REGON...................................................................................

Stopa procentowa składek na ubezpieczenie społeczne wynosi........................................................

Forma rozliczenia się z Urzędem Skarbowym: ryczałt, podatek dochodowy od osób fizycznych, podatek od osób prawnych, podatek liniowy\*. Najwyższa stawka podatku dochodowego wynosi:......................................................................................................................................%

Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania wnioskodawcy: ..........................................

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

Forma prawna działalności z podaniem PKD/EKD................................................................................

Numer konta bankowego wnioskodawcy ( z nazwą banku)...................................................................

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

**Wniosek**

**o organizację zatrudnienia wspieranego Pracodawcy nie będącego Przedsiębiorcą**

**I Elementy wynikające z ustawy/rozporządzenia**

1**.**Okres zatrudnienia bezrobotnych od ...................................... do .....................................

2.Liczba osób wnioskowanych do zatrudnienia w ramach zatrudnienia wspieranego.................

...........................................w/g specyfikacji:

| **Lp** | **Nazwa stanowiska** | **Liczba bezrobotnych**  **proponowanych**  **do zatrudnienia** | **Pożądane lub niezbędne**  **kwalifikacje** | **Dodatkowe**  **wymagania** | **Wysokość**  **proponowanego**  **wynagrodzenia** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |

**\* - niepotrzebne skreślić**

***Załącznik nr 2***

1. Miejsce i rodzaj wykonywanych prac w ramach zatrudnienia wspieranego...........................…...................................................................................
2. Wykaz osób planowanych do zatrudnienia w ramach zatrudnienia wspieranego..............................…............................................................................................................................................................….........................................................................................................................................................................................................................

( *nazwisko i imię, data urodzenia lub Pesel)*

1. Liczba zatrudnionych na dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny etat....................
   1. Po zakończeniu okresu zatrudnienia wspieranego określonego umową, zobowiązuje się do dalszego zatrudnienia uczestnika Centrum przez okres kolejnych ..................miesięcy.

**Oświadczenie Wnioskodawcy:**

**1. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 KK § 1\*   
za złożenie fałszywego oświadczenia i oświadczam, że:**

**1)** w okresie 365 dni przed dniem złożenia wniosku nie zostałem/am skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych ani nie jestem objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie;

**2)** nie zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy oraz Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.

**3)** wywiązałem/am się z warunków innych umów zawartych z PUP w okresie 12 miesięcy poprzedzających złożenie niniejszego wniosku,

**4)** zakład nie jest objęty kontrolą legalności zatrudnienia.

**5)** zakład nie znajduję się w stanie likwidacji lub upadłości

**6)** nie jest prowadzona wobec mnie egzekucja sądowa czy administracyjna.

**7)** zapoznałem się z kryteriami w sprawie zatrudnienia wspieranego

**8)** dane zawarte we wniosku podałem/am zgodnie ze stanem faktycznym i prawnym.

**9)**zapoznałem się z Klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych zamieszczonych na stronie PUP.([www.skarzysko.praca.gov.pl](http://www.skarzysko.praca.gov.pl), ; Urząd; Ochrona danych osobowych),

**przyjmuję do wiadomości, że:**

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu przez Powiatowy Urząd Pracy w Skarżysku-Kamiennej dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy dotyczącej zorganizowania i finansowania prac interwencyjnych zgodnie z art.6 ust. 1 lit a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 1000).**

**i przyjmuję do wiadomości, że :** skierowane osoby otrzymają wszelkie uprawnienia z przepisów prawa pracy,   
z tytułu ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych.

**\***„Kto składając zeznanie mające służyć w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym   
na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

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

**/DATA/ / PODPIS I PIECZĘĆ WNIOSKODAWCY**

***Załącznik nr 2***

**Wypełnia Powiatowy Urząd Pracy:**

|  |
| --- |
| **Opinia Doradcy Klienta:**  **⁬ pozytywna**  **⁬ negatywna**  **Data:…………………… …………………………………………..**  **(podpis i pieczęć Doradcy Klienta)** |

**Podstawa prawna:**

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

**2.**Ustawa o zatrudnieniu socjalnym z dnia 13 czerwca 2003r.

**3.**Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

**UWAGA:**

1.Wniosek należy wypełnić w sposób czytelny wpisując treść w każdym do tego wyznaczonym punkcie wniosku.

2.Wszelkie poprawki należy dokonywać poprzez skreślenie i zaparafowanie

3.Rozpatrzeniu podlegał będzie jedynie wniosek prawidłowo sporządzony, złożony wraz z kompletem wymaganych dokumentów stanowiących podstawę zawarcia umowy.

4. Nie należy modyfikować i usuwać elementów wniosku.

5. Złożony wniosek nie podlega zwrotowi.