***Załącznik Nr 2***  *do Regulaminu przyznawania osobom niepełnosprawnych środków*

*Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych*

*na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej albo działalności w formie spółdzielni socjalnej
przez Powiatowy Urząd Pracy w Łosicach*

O Ś W I A D C Z E N I E WNIOSKODAWCY

**Pouczony(a) o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy oświadczam że:**

1. Zapoznałem(am) się z treścią Regulaminu przyznawania osobom niepełnosprawnym środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej albo działalności w formie spółdzielni socjalnej przez Powiatowy Urząd Pracy w Łosicach
i akceptuję warunki w nim określone.
2. **Otrzymałem(am)**bezzwrotne środki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, Funduszu Pracy lub inne bezzwrotne środki publiczne na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej lub podjęcie działalności w formie spółdzielni socjalnej (założenie lub przystąpienie)

|  |
| --- |
|  |

 *(Należy wpisać TAK lub NIE)*

1. **Prowadziłem(am)** działalność gospodarczą, rolniczą w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających dzień złożenia Wniosku.

|  |
| --- |
|  |

 *(Należy wpisać TAK lub NIE)*

1. **Byłem(am)** członkiem spółdzielni socjalnej w okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających dzień złożenia Wniosku.

|  |
| --- |
|  |

 *(Należy wpisać TAK lub NIE)*

1. **Podejmę** działalność tożsamą z działalnością prowadzoną przez mojego współmałżonka.

|  |
| --- |
|  |

 *(Należy wpisać TAK lub NIE)*

1. **Przejmę** działalność gospodarczą od innego podmiotu poprzez odkupienie środków trwałych i/lub obrotowych oraz będę prowadzić działalność o tym samym profilu i w tym samym miejscu;

|  |
| --- |
|  |

 *(Należy wpisać TAK lub NIE)*

1. **Przejmę** od członka rodziny już istniejące przedsiębiorstwo lub / i **zakupię** elementy jego wyposażenia, towar.

|  |
| --- |
|  |

 *(Należy wpisać TAK lub NIE)*

1. **Będę** prowadzić działalność gospodarczą taką samą i w tym samym miejscu jaką prowadził mój współmałżonek, osoby pozostające ze mną w I i II stopniu pokrewieństwa, I stopniu powinowactwa jeżeli od zaprzestania prowadzenia tej działalności upłynął okres krótszy niż 12 miesięcy.

|  |
| --- |
|  |

*(Należy wpisać TAK lub NIE)*

1. Zobowiązuję się prowadzić działalność gospodarczą, rolniczą lub działalność w formie spółdzielni socjalnej od dnia jej rozpoczęcia przez okres co najmniej *(zaznaczyć właściwe poprzez wstawienie znaku x)*
* 12 miesięcy
* 24 miesięcy

oraz

zobowiązuję się nie składać w tym okresie wniosku o zawieszenie jej wykonywania.

**Informacje podane we Wniosku i dane zawarte w załączonych dokumentach nie uległy zmianie i są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym na dzień składania Wniosku.**

**Jednocześnie zobowiązuję się do:**

1. niezwłocznego, nie później niż w terminie 5 dni powiadomienia Urzędu jeżeli w okresie od dnia złożenia Wniosku do dnia podpisania Umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Łosicach zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia Wniosku;
2. niezwłocznego, nie później niż w terminie 5 dni poinformowania Powiatowego Urzędu Pracy w Łosicach
w przypadku wystąpienia zmian dotyczących informacji złożonych we Wniosku, mających wpływ na realizację zawartej na jego podstawie Umowy

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

 (*data i czytelny podpis Wnioskodawcy)*

**OŚWIADCZENIE WSPÓŁMAŁŻONKA WNIOSKODAWCY**

Ja ………………………………………………………………………………………………….........................................legitymujący(a) się

 */ imię i nazwisko współmałżonka wnioskodawcy/*

dowodem osobistym seria…………………………, numer……………………………. wydanym dnia ........................................

przez …………………………………………………………………………………………...........................................................................,

PESEL ............................................................ oświadczam, że wyrażam zgodę na ubieganie się przez mojego męża/żonę …….……………………………………………............................................... /*imię i nazwisko*/ o przyznanie środków na podjęcie działalności gospodarczej , rolniczej albo działalności w formie spółdzielni socjalnej. Wyrażam zgodę na zawarcie przez mojego męża/żonę umowy przyznającej środki i przyjmuję odpowiedzialność w przypadku naruszenia warunków umowy oraz zabezpieczenia w formie aktu notarialnego (w przypadku wybrania tej formy zabezpieczenia).

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

 /*data i czytelny podpis współmałżonka Wnioskodawcy/*

**W przypadku, gdy Wnioskodawca jest:**

* **rozwiedziony/w separacji - do wglądu wyrok sądu,**
* **wdowcem/wdową -do wglądu akt zgonu,**
* **posiada rozdzielność majątkową - do wglądu akt notarialny o ustanowieniu rozdzielności majątkowej.**

**WYPEŁNIA**  **POWIATOWY URZĄD PRACY W ŁOSICACH**

Przedstawiono dokument: ……………………………………………………………………………………………………...............................

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

znak/sygn. akt: …………………………………………….................…………, z dnia ………………………............………………………….

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

 /d*ata, pieczątka i podpis pracownika PUP/*

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

**O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

**PRZEZ POWIATOWY URZĄD PRACY W ŁOSICACH**

Wypełniając obowiązki określone w art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia 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 tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. U.UE
z 2016 r.,L.119, poz.1) zwanego dalej Rozporządzeniem, informuję iż:

1. **Administratorem Pani/Pana danych osobowych** jest Powiatowy Urząd Pracy w Łosicach z siedzibą
w Łosicach, ul. Narutowicza 6, 08-200 Łosice, e-mail: **walo@praca.gov.pl**, tel. (83) 357 19 67;
2. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych można kontaktować się **z Inspektorem Ochrony Danych -** Danielem Koguciukiem,  pod adresem e-mail: inspektor@cbi24.pl lub pisemnie na adres Administratora;
3. **Pani/Pana dane przetwarzane są w celu realizacji Wniosku osoby niepełnosprawnej dotyczącego środków na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej albo działalności w formie spółdzielni socjalnej** na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426 z późn. zm.) ustaw nakładających inne zadania, obowiązki
 i prawa, przepisów wykonawczych do tych ustaw.
4. **Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie** art. 6 ust. 1 lit. b, c i e Rozporządzenia - przetwarzanie jest niezbędne do:
5. wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy,
6. wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze,
7. wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi;
8. W związku z przetwarzaniem danych w celach o których mowa w pkt 3 **Pani/Pana dane  mogą
być  przekazywane**  podmiotom, które uprawnione są do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa, oraz podmiotom z którymi Administrator zawarł umowy powierzenia przetwarzana danych osobowych
m. in. Firma SYGNITY S.A. z siedzibą w Warszawie;
9. **Pani/Pana dane osobowe** **będą przechowywane** przez okres niezbędny do realizacji celów dla jakich zostały zebrane wskazanych w pkt 3, a po tym czasie do momentu wygaśnięcia obowiązku ich archiwizacji zgodnie
z terminami archiwizacji określonymi przez ustawy kompetencyjne, ale nie krócej niż przez okres wskazany  w przepisach o archiwizacji dokumentacji, tj. od 2 do 50 lat.
10. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, z wyjątkami zastrzeżonymi przepisami prawa **przysługuje Pani/Panu prawo do**:
11. dostępu do treści swoich danych,
12. sprostowania (poprawienia) danych osobowych,
13. ograniczenia  przetwarzania danych osobowych,
14. przenoszenia danych osobowych,
15. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych.

oraz inne uprawnienia w tym zakresie wynikające z obowiązujących przepisów prawa;

1. **Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego** w sprawach ochrony danych osobowych, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, w przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu danych osobowych przez Administratora.
2. **Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest obowiązkowe** i niezbędne do realizacji Wniosku o przyznanie refundacji kosztów wyposażenia stanowiska pracy osoby niepełnosprawnej, i/lub wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze. Niepodanie danych osobowych będzie skutkowało brakiem możliwości korzystania z tej formy wsparcia.
3. **Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegały profilowaniu** i nie będą poddane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji oraz nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy.