|  |  |
| --- | --- |
| **Pieczątka Organizatora** | ***Załącznik do Regulaminu organizacji staży***  |
|  | **.................................................................................................. (miejscowość, data)** |
| **STAROSTA POWIATU ŁOSICKIEGO ZA POŚREDNICTWEM** **POWIATOWEGO URZĘDU PRACY W ŁOSICACH** |
| **WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O ZORGANIZOWANIE STAŻU** Zgodnie z art. 53 oraz art. 61a ust. 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2023 r. poz. 735),rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz. U. Nr 142, poz. 1160), rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia07 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. z 2018 r. poz. 227 z późn. zm.) **wnioskuję o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu.*****Wypełniając Wniosek proszę o zapoznanie się z „Regulaminem organizacji staży”* *dostępnym w siedzibie Urzędu oraz na stronie internetowej http://losice.praca.gov.pl. Wniosek należy wypełnić czytelnie: komputerowo lub ręcznie (POLA BIAŁE). Każda pozycja we wniosku musi zostać wypełniona. W przypadku, gdy którykolwiek punkt Wniosku nie dotyczy Organizatora, należy wpisać „NIE DOTYCZY”.*** ***Nie należy modyfikować i usuwać elementów Wniosku oraz przestawiać układu stron. Wszelkich poprawek należy dokonywać poprzez skreślenie wraz z adnotacją „poprawiono w dniu...”, składając czytelny podpis.*** |
| **I. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZATORA**  |
| ☐ **Pracodawca (jednostka organizacyjna, chociażby nie posiadała osobowości prawnej, a także osoba fizyczna, jeżeli zatrudnia co najmniej jednego pracownika)\*** ☐ **Przedsiębiorca niezatrudniający pracownika na zasadach przewidzianych dla pracodawców\*** ☐ **Rolnicza spółdzielnia produkcyjna\*** ☐ **Pełnoletnia osoba fizyczna, zamieszkująca i prowadząca na terytorium RP, osobiście i na własny rachunek, działalność w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej, w tym ogrodniczej, sadowniczej, pszczelarskiej i rybnej, w pozostającym w jej posiadaniu gospodarstwie rolnym obejmującym obszar użytków rolnych o powierzchni przekraczającej 2 ha przeliczeniowe lub prowadząca dział specjalny produkcji rolnej, o którym mowa w ustawie z dnia 20 grudnia 1990 roku o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz.U. z 2023 r. poz. 208 z późn. zm.) \***☐ **Organizacja pozarządowa \*** **\*właściwy kwadrat proszę zaznaczyć znakiem X**  |
| **1. Pełna nazwa Organizatora - firma lub imię i nazwisko (zgodnie z dokumentem rejestrowym, wpisem do CEIDG, wpisem do KRS, inne)** |
|  |
| **2. Adres siedziby Organizatora** |
|  |
| 2a. Telefon |  | 2b. E-mail |  | 2c. Fax |  |
| **3. Adres miejsca prowadzenia działalności przez Organizatora (jeżeli jest taki sam jak adres siedziby proszę wpisać „jak wyżej”)** |
|  |
| **4. Imię i nazwisko osoby/osób umocowanej/ych do reprezentowania Organizatora, składania oświadczeń w zakresie praw i obowiązków majątkowych, zaciągania w jego imieniu zobowiązań i podpisywania umów zgodnie z dokumentami rejestrowymi lub złożonym pełnomocnictwem:** |
| 4a.Imię i nazwisko |  | Stanowisko |  |
| 4b. Imię i nazwisko |  | Stanowisko |  |
| **5. Forma prawna** (przedsiębiorstwo państwowe, spółdzielnia, spółka akcyjna, spółka z o.o., spółka cywilna, spółka jawna, spółka komandytowa, spółka komandytowo – akcyjna, osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, jednostka administracji publicznej, stowarzyszenie, fundacja, inne) |
|  |
| **6. Nr identyfikacji podatkowej NIP** | **7. Nr statystyczny REGON** | **8. Nr KRS** (jeżeli został nadany) *dotyczy spółek prawa handlowego, spółdzielni, stowarzyszeń, fundacji, zakładów opieki zdrowotnej i innych podmiotów wpisanych do KRS* |
|  |  |  |
| **9. Podstawowy rodzaj działalności Organizatora** (według Polskiej Klasyfikacji Działalności - PKD) |  | **10. Data rozpoczęcia działalności** |  |
| **11. Nr identyfikacyjny gospodarstwa rolnego nadany przez ARiMR** (jeżeli został nadany) *dotyczy osób prowadzących działalność w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej* |  |
| **12. Dane osoby uprawnionej do udzielania informacji i kontaktu w sprawie złożonego Wniosku i realizacji oferty stażu** |
| 12a. Imię i nazwisko |  | 12b. Stanowisko |  | 12c.Telefon |  |
| **13. Stan zatrudnienia w dniu składania Wniosku (ogółem)** |  | **w tym liczba cudzoziemców** |  |
| **14. Liczba pracowników zatrudnionych\* u Organizatora w dniu składania Wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy** |  |
| ***\*****Zatrudnienie* zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2023 r. poz. 735) oznacza wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego oraz umowy o pracę nakładczą. |
| **15. Liczba osób odbywających staż u Organizatora w dniu składania Wniosku (proszę wpisać liczbę osób):** |  |
| 15a. W ramach umów zawartych z PUP w Łosicach (proszę wpisać liczbę osób): |  |
| 15b. W ramach umów zawartych z innymi Urzędami Pracy lub jednostkami (proszę wpisać liczbę osób): |  |
| **II. DANE DOTYCZĄCE ORGANIZACJI STAŻU** |
| 1. Liczba przewidywanych miejsc pracy, na których bezrobotni będą odbywać staż:
 |  |
| (Mając na uwadze środki finansowe przeznaczone na organizację stażu oraz kierując się zasadą efektywności i celowości Urząd zastrzega sobie możliwość zmniejszenia liczby stażystów). |
| 2. Proponowany okres odbywania stażu (nie krótszy niż 3 miesiące): |  |
| 3. Proponowana data rozpoczęcia stażu |  |
| **4. Wnioskuję o organizację stażu w następującym zawodzie/na stanowisku pracy** |
| **Lp.** | **Nazwa i kod zawodu lub specjalności**Zawód musi być zgodny z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia  07 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. z 2018 r. poz. 227 z późn. zm.) (www.psz.praca.gov.pl). | * **Nazwa stanowiska pracy**
 | **Liczba** **miejsc stażu** | * **Poziom wykształcenia**
* **Minimalne kwalifikacje niezbędne do podjęcia stażu na danym stanowisku pracy**
* **Wymagania dotyczące predyspozycji psychofizycznych i zdrowotnych**
 |
| * **Nazwa komórki organizacyjnej**
 |
| **1.** |  |  |  |  |
|  |
| **2.** |  |  |  |  |
|  |
| **5. Dane kandydata/kandydatów do odbycia stażu** |
| 5a. Imię i nazwisko  |  | 5b. Imię i nazwisko |  |
| **6. Czy Organizator wyraża zgodę na skierowanie przez Urząd innego kandydata do odbycia stażu, w przypadku, gdy wskazany w pkt 5a/5b kandydat nie będzie spełniał warunków skierowania na staż** (proszę wpisać TAK lub NIE) |  |
| **7. Miejsce odbywania stażu (dokładny adres)**  |  |
| **UWAGA:** W przypadku Organizatorów, którzy z uwagi na przedmiot i rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej świadczą określone usługi poza miejscem wykonywania działalności gospodarczej określonym w dokumentach rejestrowych, należy określić obszar gdzie realizowany będzie program stażu np. teren miasta, powiatu, województwa. |
| **8. Informacja o systemie pracy u Organizatora** |
| **8a. Jedna zmiana** (proszę podać godziny pracy od- do): |  | **8b. Dwie zmiany** (proszę podać godziny pracy pierwszej i drugiej zmiany od- do) |  |
| **8c. Inny** (proszę podać jaki i godziny pracy od-do): |  |
| **9. Z uwagi na charakter pracy zawodu/zawodów wskazanego w pkt 4 wnioskuję o wyrażenie zgody na realizację stażu w:** (należy wpisać TAK lub NIE) |
| **9a. Systemie zmianowym** |  | **9b. Porze nocnej** |  | **9c. Niedziele i święta** |  |
| **9d. W przypadku udzielenia odpowiedzi „TAK” w ppkt 9a, 9b lub 9c proszę o uzasadnienie czy charakter pracy wymaga takiego rozkładu czasu pracy** |
|    |
| **10. Godziny odbywania stażu** |  |
| **UWAGA:** Czas pracy osoby odbywającej staż nie może przekroczyć 8 godzin na dobę i 40 godzin tygodniowo, a osoby odbywającej staż będącej osobą niepełnosprawną zaliczoną do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności 7 godzin na dobę i 35 godzin tygodniowo. |
| **11. Opiekun osoby/osób objętej/ych programem stażu (w przypadku gdy opiekunem jest właściciel, należy wpisać „NIE DOTYCZY” przy rubryce „Godziny pracy opiekuna”):** |
| 11a. Imię i nazwisko |  | Godziny pracy opiekuna |  | Aktualna liczba stażystów pod opieką opiekuna |  |
| Stanowisko |  | Nr telefonu |  |
| 11b. Imię i nazwisko |  | Godziny pracy opiekuna |  | Aktualna liczba stażystów pod opieką opiekuna |  |
| Stanowisko |  | Nr telefonu |  |
| **UWAGA**: Jeden opiekun może jednocześnie sprawować opiekę nad nie więcej niż 3 osobami odbywającymi staż. |
| **12. Deklaracja zatrudnienia po zakończeniu stażu** |
| **12a. Liczba osób bezrobotnych, których Organizator deklaruje zatrudnić po zakończeniu stażu:** |  |
| **12b. Rodzaj umowy** (właściwe pole proszę zaznaczyć znakiem X) | Umowa o pracę na czas określony |  | Umowa o pracę na czas nieokreślony |  | Umowa zlecenia z miesięcznym wynagrodzeniem brutto w wysokości co najmniej minimalnego wynagrodzenia za pracę |  |
| **12c. Wymiar czasu pracy** (właściwe pole proszę zaznaczyć znakiem X) | Pełny etat |  | Niepełny etat (nie niższy niż 1/2 etatu) |  |
| **12d. Okres zatrudnienia** (właściwe pole proszę zaznaczyć znakiem X) | co najmniej 30 dni |  | 2-3 miesiące |  | powyżej 3 miesięcy |  | czas nieokreślony |  |
| **UWAGA:** Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku niedotrzymania zobowiązań Starosta może odmówić organizacji kolejnych staży i innych aktywnych form wsparcia przewidzianych w Ustawie. |
| **13. Oświadczam, iż zatrudnienie pracowników odbywa się w formie procedur konkursowych wynikających z obowiązujących przepisów w tym zakresie, gdyż jestem:** (właściwe pole proszę zaznaczyć znakiem X) |
| Jednostką administracji państwowej |  | Jednostką administracji samorządowej |  |
| Jednostką służby cywilnej |  | Inną jednostką budżetową (proszę podać jaką) |  |
| **14. Forma kontaktu kandydata z Organizatorem** (właściwy kwadrat proszę zaznaczyć znakiem X) |
| ☐ **kontakt osobisty pod adresem** |  | **w godzinach** |  |
| ☐ **kontakt telefoniczny pod nr** |  |
| ☐ **e-mail** |  |
| ☐ **inny (jaki?)** |  |
| **III. OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA STAŻU (w każdym punkcie należy wpisać TAK lub NIE lub NIE DOTYCZY)** |
| **UWAGA:** W przypadku spółki cywilnej każdy ze wspólników oddzielnie składa poniższe oświadczenie. |
| **Pouczony (a) o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenia prawdy oświadczam, że:** |
| 1. **Zalegam** na dzień złożenia Wnioskuz wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie należnych składek wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych lub w opłacaniu w terminie innych danin publicznych.
 |  |
| 1. **Toczy się** w stosunku do firmy, którą reprezentuję postępowanie upadłościowe lub likwidacyjne.
 |  |
| 1. **Został** złożony wniosek o otwarcie postępowania likwidacyjnego lub upadłościowego.
 |  |
| 1. **Zostałem/am** w okresie 365 dni przed dniem złożeniem Wniosku ukarany/a lub skazany/a prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy.
 |  |
| 1. **Jestem** objęty/a postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy.
 |  |
| 1. **Jestem** pełnoletnim posiadaczem gospodarstwa rolnego obejmującego obszar użytków rolnych o powierzchni przekraczającej 2 ha przeliczeniowe i zamieszkuję oraz prowadzęna terytorium Rzeczypospolitej Polskiejosobiście i na własny rachunek działalność w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej, w tym ogrodniczej, sadowniczej, pszczelarskiej i rybnej.
 |  |
| 1. **Jestem** pełnoletnią osobą fizyczną zamieszkującą i prowadzącąna terytorium Rzeczypospolitej Polskiej osobiście i na własny rachunek dział specjalny produkcji rolnej, o którym mowa w ustawie z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników.
 |  |
| 1. Pod adresem wskazanym jako miejsce odbywania stażu **spełnione są** warunki pracy dla danego stanowiska pracy.
 |  |
| 1. **Jestem** współmałżonkiem, rodzicem, dzieckiem, rodzeństwem osoby wskazanej we Wniosku jako kandydat do odbycia stażu.
 |  |
| 1. Osoba wskazana we Wniosku jako kandydat do odbycia stażu **zamieszkuje** pod adresem będącym adresem mojego zamieszkania lub siedziby firmy.
 |  |
| 1. Wskazany we Wniosku **opiekun zapewni** stażyście/stażystom opiekę w czasie godzin odbywania stażu i **posiada wiedzę** w zakresie zadań wskazanych w programie stażu.
 |  |
| 1. **Prowadzę** działalność gospodarczą w zakresie handlu obwoźnego, handlu na bazarach lub targowiskach (z wyjątkiem Organizatorów posiadających stały punkt handlowy).
 |  |
| 1. **Prowadzę** sprzedaż internetową lub inną działalność gospodarczą w miejscu zamieszkania, bez wydzielonego i odpowiednio przystosowanego lokalu do prowadzenia działalności i miejsca do wykonywania pracy na danym stanowisku (z wyjątkiem Organizatorów, którzy z uwagi na przedmiot i rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej świadczą określone usługi poza miejscem wykonywania działalności gospodarczej określonym w dokumentach rejestrowych).
 |  |
| 1. **Prowadzę** ze wskazanym do odbycia stażu kandydatem wspólne gospodarstwo domowe.
 |  |
| 1. W okresie 12 miesięcy przed dniem złożenia Wniosku **otrzymałem/am** jako osoba bezrobotna jednorazowo środki z Powiatowego Urzędu Pracy w Łosicach na rozpoczęcie działalności gospodarczej.
 |  |
| 1. **Zobowiązuję się do skierowania osoby przed podjęciem stażu na wstępne badania lekarskie oraz sfinansowania kosztów tych badań.**

Zgodnie z § 6 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20 sierpnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków odbywania stażu przez bezrobotnych (Dz. U. Nr 142, poz. 1160) Organizator stażu zapewnia bezrobotnemu profilaktyczną ochronę zdrowia w zakresie przewidzianym dla pracowników. Oznacza to, że do bezrobotnych odbywających staż zastosowanie mają przepisy Rozdziału VI Dział X Kodeksu Pracy „Profilaktyczna ochrona zdrowia”. Z przepisów tych m.in. wynika, że osoby przyjmowane do pracy poddane są wstępnym badaniom lekarskim – art. 229 § 1 pkt 1. Badania te, zgodnie z art. 229 § 6 Kodeksu Pracy przeprowadzane są na koszt pracodawcy. |
| **17. Zobowiązuję się do przeszkolenia stażysty na zasadach przewidzianych dla pracowników w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz przepisów przeciwpożarowych.** |
| **18. Zobowiązuję się do wydania bezrobotnemu po zakończeniu stażu opinii zawierającej informacje o zadaniach realizowanych przez bezrobotnego oraz kwalifikacjach lub umiejętnościach praktycznych pozyskanych w czasie odbywania stażu.** |
| **19. Zapoznałem/am się z „Regulaminem organizacji staży” obowiązującym w Urzędzie.** |
| **Jednocześnie zobowiązuję się do:**1. niezwłocznego, nie później niż w terminie 7 dni powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Łosicach jeżeli w okresie od dnia złożenia Wniosku do dnia podpisania umowy o zorganizowanie stażu z Powiatowym Urzędem Pracy w Łosicach zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia Wniosku;
2. niezwłocznego, nie później niż w terminie 7 dni powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Łosicach w przypadku wystąpienia zmian dotyczących informacji złożonych w niniejszym Wniosku, mających wpływ na realizację zawartej na jego podstawie Umowy o zorganizowanie stażu.

**Informacje zawarte we Wniosku i dane zawarte w załączonych dokumentach nie uległy zmianie i są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym na dzień składania Wniosku.** |
| .......................................... ................................................................................................................. |
|  *(miejscowość i data)*  |  | *(pieczątka i podpis Organizatora lub osoby umocowanej do reprezentowania Organizatora)* |
|  |
| **IV. DODATKOWE INFORMACJE** |
| 1. O rozpatrzeniu Wniosku Organizator zostanie pisemnie poinformowany w terminie miesiąca od dnia złożenia kompletnego Wniosku.
2. W przypadku Wniosku, który jest nieprawidłowo wypełniony lub niekompletny Dyrektor wzywa Organizatora do jego uzupełnienia. Jeżeli Organizator w terminie 7 dni od otrzymania wezwania nie uzupełni braków Wniosek pozostawia się bez rozpatrzenia.

**Do wniosku Organizator dołącza następujące załączniki:**1. dokument potwierdzający nadanie numeru identyfikacji podatkowej NIP - **nie dotyczy podmiotów posiadających wpis do CEiDG oraz KRS;**
2. dokument potwierdzający formę prawną Organizatora np. statut, regulamin, uchwała o utworzeniu, akt założycielski - **nie dotyczy podmiotów posiadających wpis do CEiDG oraz KRS;**
3. umowę spółki cywilnej - **dotyczy spółek cywilnych;**
4. dokument potwierdzający prowadzenie działalności we wskazanym miejscu odbywania stażu **– w przypadku, gdy miejsce odbywania stażu znajduje się pod innym adresem niż siedziba firmy a adres ten nie widnieje w żadnym dokumencie rejestrowym;**
5. pełnomocnictwo udzielone, zgodnie z reprezentacją we właściwym rejestrze (w przypadku, gdy Organizatora reprezentuje pełnomocnik):
6. w formie oryginału lub urzędowo poświadczonego odpisu,
7. w formie pisemnej z notarialnie poświadczonym podpisem,
8. zaświadczenie z Urzędu Gminy o powierzchni gospodarstwa rolnego obejmującego obszar użytków rolnych (w hektarach przeliczeniowych) - **dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność w zakresie produkcji roślinnej i zwierzęcej, w tym ogrodniczej, sadowniczej, pszczelarskiej i rybnej;**
9. zaświadczenie z Agencji Restrukturyzacji i Modernizacji Rolnictwa o nadanym numerze identyfikacyjnym w ramach „Krajowego systemu ewidencji producentów, ewidencji gospodarstw rolnych oraz ewidencji wniosków o przyznanie płatności” – (jeżeli numer został nadany) **dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność w zakresie produkcji roślinnej i zwierzęcej, w tym ogrodniczej, sadowniczej, pszczelarskiej i rybnej;**
10. zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o figurowaniu Organizatora w ewidencji podatników prowadzących działy specjalne produkcji rolnej lub decyzję w sprawie wymiaru zaliczek na podatek dochodowy od dochodów z działów specjalnych produkcji rolnej - **dotyczy osób fizycznych prowadzących dział specjalny produkcji rolnej;**
11. program stażu sporządzony **w trzech** jednobrzmiących egzemplarzach;
12. „Oświadczenie o niepodleganiu wykluczeniu z ubiegania się o udzielenie wsparcia z programów unijnych i krajowych wynikających z istnienia określonych związków z Federacją Rosyjską” **– Załącznik do Wniosku.**

Wniosek należy złożyć z kompletem załączników. W przypadku, gdy do Wniosku dołączane są kserokopie dokumentów, oryginały tych dokumentów należy przedstawić do wglądu pracownikowi Urzędu.**Z poniższą treścią należy się zapoznać, w przypadku gdy Organizator jest osobą fizyczną****KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCHPRZEZ 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 może się Pani/Pan kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych – Danielem Koguciukiem – pod adresem e-mail: iod@puplosice.pl lub pisemnie na adres Administratora;
3. **Pani/Pana** **dane przetwarzane będą zgodnie z przepisami Rozporządzenia** w celu realizacji Wniosku o zawarcie umowy o zorganizowanie stażu i umowy o zorganizowanie stażu na podstawie ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2023 r. poz. 735), ustaw nakładających inne zadania, obowiązki i prawa, przepisów wykonawczych do tych ustaw.
4. **Pani/Pana dane przetwarzane będą na podstawie** art. 6 ust. 1 lit. b, c, 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 przetwarzania 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 t. j. 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 w/w Wniosku, wykonania umowy 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.
 |