# OPIS ZADAŃ WYKONYWANYCH PODCZAS STAŻU – ZAŁĄCZNIK NR 1

1. Nazwa zawodu **zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności[[1]](#footnote-1):**

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

1. Nazwa stanowiska: …..…………………………….………………………………………….….
2. .Organizator oświadcza, że staż nie będzie / będzie\* realizowany w systemie pracy zmianowej / w porze nocnej / w niedzielę i święta\* (\*niepotrzebne skreślić)
3. Godziny pracy stażysty w dni powszednie: od godz.…….….. do godz. …….………..

oraz od godz.…….….. do godz. …….………..

*Zgodnie z tre*ś*ci*ą *rozporz*ą*dzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 20.08.2009. w sprawie szczegółowych warunków odbywania sta*ż*u przez bezrobotnych (t. j. Dz. U. 2009, Nr 142, poz. 1160)* ***czas pracy bezrobotnego odbywaj*ą*cego sta*ż *nie mo*ż*e przekracza*ć *8 godzin na dob*ę *i 40 godzin tygodniowo, a bezrobotnego b*ę*d*ą*cego osob*ą *niepełnosprawn*ą *zaliczoną do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawno*ś*ci – 7 godzin na dob*ę *i 35 godzin tygodniowo.******Bezrobotny nie mo*ż*e odbywa*ć *sta*ż*u w niedziel*e *i* ś*wi*ę*ta, w porze nocnej, w systemie pracy zmianowej ani w godzinach nadliczbowych.***

1. Nazwa komórki organizacyjnej:………………………………………………………………...

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

1. . Zakres zadań wykonywanych przez bezrobotnego:

* Zapoznanie z przepisami bhp i p. poż
* …………………………………………………………………………………………...………
* ……………………………………………………………………………………………………
* ………………………………………………………………………………………..….………
* ……………………………………………………………………………………………………
* ……………………………………………………………………………………………………
* ……………………………………………………………………………………………………
* ……………………………………………………………………………………………………
* …………………………………………………………………………………….……..………
* …………………………………………………………………………….……………….….…

1. Sposobem potwierdzenia nabytych kwalifikacji i umiejętności zawodowych będzie sprawozdanie i opinia organizatora.

Data, pieczęć oraz podpis organizatora stażu lub podpis osoby uprawnionej do jego reprezentowania:……………………………………………………..

# ZGŁOSZENIE OFERTY STAŻU – ZAŁĄCZNIK NR 2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **DANE ORGANIZATORA STAŻU:** | | | |
| 1. Firma lub imię i nazwisko organizatora stażu:   Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania organizatora:  Preferowana forma kontaktów pomiędzy PUP i osobą wskazaną przez organizatora stażu:  …………………………………………………………… | | 1. Siedziba organizatora, miejsce prowadzenia działalności: | |
| 1. Numer telefonu:   Numer faxu:  Adres poczty elektronicznej:  Adres strony internetowej: | |
| 1. Oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności: | |
| 1. Numer identyfikacji podatkowej (NIP): 2. Numer REGON: | |
| 1. Podstawowy rodzaj działalności według PKD: | |
| 1. Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy: ……………… | |
| 1. **OPIS ZADAŃ, JAKIE BĘDĄ WYKONYWANE PODCZAS STAŻU PRZEZ OSOBĘ ZAREJESTROWANĄ:** | | | |
| 1. Nazwa zawodu:   ………………………  ………………………… | 1. Kod zawodu zgodnie z klasyfikacją zawodów  i specjalności:   ……………………… | 1. Nazwa komórki   organizacyjnej:  ………………………….  stanowisko pracy:  ………………………….. | 1. Zakres zadań zawodowych:   ……………………  ……………………  ……………………. |
| 1. Liczba przewidywanych miejsc pracy, na których osoby zarejestrowane będą odbywać staż:   w tym liczba wolnych miejsc pracy: ………….. dla osób niepełnosprawnych:……… | 1. Miejsce odbywania stażu:   …………………………  …………………………  ………………………… | 1. Imię i nazwisko oraz zajmowane stanowisko opiekuna osoby zarejestrowanej odbywającej staż:   …………………………...  ………………………….. | 1. Proponowany okres odbywania stażu (nie krótszy niż 3 miesiące):   ………………… |
| 1. Data rozpoczęcia stażu: | | 1. Data zakończenia stażu: | |
| 1. **DANE DOTYCZĄCE OCZEKIWAŃ ORGANIZATORA STAŻU WOBEC OSOBY ZAREJESTROWANEJ:** | | | |
| 1. Informacje o wymaganiach dotyczących kwalifikacji:  * predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne: …………………………………………………………... * poziom wykształcenia: …………………………………………………………………………………… * kierunek / specjalność: …………………………………………………………………………….......... * minimalne kwalifikacje niezbędne do podjęcia stażu przez osobę zarejestrowaną na danym stanowisku pracy:………………………………………………………………………………………………... | | | |
| 1. Dane osoby zarejestrowanej, którą organizator chciałby przyjąć na staż (imię i nazwisko, data urodzenia, adres): | | | |
| 1. Pieczęć imienna i podpis organizatora stażu: | | | |
| 1. **DANE PRACOWNIKA PUP PRZYJMUJĄCEGO / REALIZUJĄCEGO ZGŁOSZENIE OFERTY STAŻU** (wypełnia pracownik PUP): | | | |
| 1. Numer zgłoszenia oferty stażu: | | 1. Data przyjęcia zgłoszenia oferty stażu: | |
| 1. Imię i nazwisko pracownika przyjmującego zgłoszenie oferty stażu: | | 1. Imię i nazwisko pracownika odpowiedzialnego za realizację oferty stażu: | |

# ZAŁĄCZNIK NR 3 Oświadczenie podmiotu ubiegającego się o wsparcie w związku z weryfikacją wystąpienia okoliczności i podstaw do zakazu udostępnienia funduszy, Środków finansowych lub zasobów gospodarczych oraz udzielenia wsparcia w związku z agresją Rosji wobec Ukrainy

Oświadczam, że **nie podlegam wykluczeniu z ubiegania się o udzielenie wsparcia**   
na podstawie art. 5l rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującym sytuację na Ukrainie (Dz.Urz. UE nr L111 z 8.4.2022, str. 1), zm. rozporządzeniem Rady (UE) 2022/576 z dnia 8 kwietnia 2022 r. w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014.

Ponadto oświadczam, iż nie jestem powiązany osobowo, oranizacyjnie, gospodarczo lub finansowo z osobami lub podmiotami, względem których stosowane są środki sankcyjne i które figurują na listach unijnych i krajowych oraz nie znajduję się na takiej liście. Przed złożeniem oświadczenia zapoznałem się z rejestrem osób/podmiotów objętych przedmiotowymi sankcjami zamieszczonym na:

1. stronie MSWiA:   
   <https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami>
2. w Załączniku I rozporządzenia Rady (WE) nr 765/2006 z dnia 18 maja 2006 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z sytuacją na Białorusi i udziałem Białorusi w agresji Rosji wobec Ukrainy (Dz. Urz. UE L 134 z 20.05.2006, str. 1, z późn. zm.)
3. w Załączniku I rozporządzenia Rady (UE) nr 269/2014 z dnia 17 marca 2014 r. w sprawie środków ograniczających w odniesieniu do działań podważających integralność terytorialną, suwerenności niezależność Ukrainy lub im zagrażających (Dz. Urz. UE L 78 z 17.03.2014, str. 6, z późn. zm.):

Data i podpis składającego oświadczenie: …………………………………………………

Postawa prawna:

* Ustawa z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U z 2024 r. poz. 507).

# Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych dla podmiotów (kontrahentów) korzystających z usług oraz innych form pomocy

W związku z realizacją wymogów 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 takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) dalej: RODO, Powiatowy Urząd Pracy w Świdniku informuje o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych:

**Tożsamość Administratora**

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Świdniku, reprezentowany przez Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Świdniku.

**Dane kontaktowe Administratora**

Z Administratorem może Pani/Pan skontaktować się za pomocą elektronicznej skrzynki podawczej (ESP)   
PUP w Świdniku, na Elektronicznej Platformie Usług Administracji Publicznej (ePUAP), pod adresem: /PUP\_Swidnik/SkrytkaESP lub listownie pisząc na adres siedziby: Aleja Lotników Polskich 1, 21-045 Świdnik.

**Cel i podstawy przetwarzania danych osobowych**

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c) RODO w celu realizacji zadań Administratora m. in. takich jak: realizacja zgłoszonej oferty pracy (w tym w celu wydania informacji starosty o braku możliwości zaspokojenia potrzeb kadrowych pracodawcy), realizacja usług i instrumentów rynku pracy, dochodzenie roszczeń z tytułu nienależnie pobranych świadczeń, realizacja obowiązku statystycznego, w szczególności na podstawie ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r.   
o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie oraz innych aktów prawnych nakładających obowiązek prawny na Administratora.

**Źródła danych osobowych:**

Dane osobowe są pozyskiwane bezpośrednio od Pani/Pana. Administrator może pozyskiwać Pani/Pana dane osobowe   
z rejestrów i ewidencji prowadzonych na podstawie aktów prawnych, w zakresie określonym przepisami prawa.

**Obowiązek podania danych osobowych**

Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym w przypadku chęci skorzystania przez Panią/Pana z usług oraz innych form pomocy określonych w ustawie świadczonych przez PUP w Świdniku.

**Odbiorcy danych osobowych/kategorie odbiorców**

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty upoważnione do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa lub podmioty, które przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (tzw. Podmioty przetwarzające).

Kategorie odbiorców: dostawcy usług IT, archiwa depozytowe, banki, instytucje szkoleniowe, operatorzy pocztowi, podmioty zapewniające obsługę prawną urzędu.

**Okres przechowywania danych osobowych**

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celu, dla którego zostały zebrane   
w tym również realizacji obowiązku archiwizacyjnego Administratora wynikającego z przepisów prawa.

**Zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie**

Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegać zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu.

**Uprawnienia przysługujące Pani/Panu, w związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych:**

* prawo dostępu do swoich danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych,
* prawo żądania niezwłocznego sprostowania (poprawienia) Pani/Pana danych osobowych, jeżeli są nieprawidłowe lub żądania uzupełnienia niekompletnych danych osobowych,
* prawo żądania usunięcia, ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, jeżeli przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa,
* prawo wniesienia skargi, do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, w przypadku naruszenia Pani/Pana praw,

na zasadach określonych przepisami prawa.

**Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych:**

Pytania dotyczące przetwarzania Pani/Pana danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Świdniku, w tym realizacji Pani/Pana praw, można kierować do Inspektora Ochrony Danych PUP w Świdniku za pomocą poczty elektronicznej na adres: iod@swidnik.praca.gov.pl lub listownie pisząc na adres: Inspektor Ochrony Danych, Aleja Lotników Polskich 1, 21-045 Świdnik.

Zostałem/łam poinformowany o zasadach przetwarzania moich danych osobowych

**Data i podpis:**…………..……………………………

1. Podać nazwę zawodu wg klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania – Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 roku (t. j. Dz. U. z 2021 r. poz. 2285)

   Link do klasyfikacji znajduje się także na stronie internetowej <http://swidnik.praca.gov.pl/> [↑](#footnote-ref-1)