



.....  
imię i nazwisko wnioskodawcy

Nr sprawy w PUP .....

.....  
PESEL

Starosta Gryfiński  
Powiatowy Urząd Pracy w Gryfinie

**DEKLARACJA ZAINTERESOWANIA UDZIAŁEM W SZKOLENIU GRUPOWYM**  
**Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego (FEPZ) 2021 – 2027**  
(składa osoba zainteresowana udziałem w szkoleniu)

1. Osoba ubiegająca się o skierowanie na szkolenie **musi spełniać jeden z warunków** określonych w art. 40 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j.Dz. U. z 2023r. poz. 735) tj.:
  - a. nie posiada kwalifikacji zawodowych,
  - b. musi zmienić lub uzupełnić kwalifikacje zawodowe w związku z brakiem możliwości podjęcia zatrudnienia,
  - c. utraciła zdolność do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie,
2. Dodatkowo osoba ubiegająca się o skierowanie na szkolenie w ramach projektu **musi spełniać łącznie** poniższe warunki:
  - a. ma przygotowany **Indywidualny Plan Działania**, w którym ustalono potrzebę odbycia szkolenia,
  - b. skorzystała w okresie od ostatniej rejestracji, nie wcześniej niż 01.01.2024 r. z **poradnictwa zawodowego** (w tym informacji zawodowej) - usługa poradnictwa zawodowego musi zostać zrealizowana do 4 miesięcy przed szkoleniem)
  - c. **nie otrzymuje jednocześnie wsparcia w więcej niż jednym projekcie z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej dofinansowanym ze środków EFS+ (np. projekt OPS, PCPR),**
  - d. w przypadku osób do 30 roku życia – uzyskała minimalny oczekiwany wynik w ramach obowiązkowego badania kompetencji cyfrowych lub skorzystała ze szkolenia w zakresie kompetencji cyfrowych organizowanego przez PUP, **przed złożeniem wniosku lub zadeklaruje gotowość do podjęcia szkolenia z zakresu Kompetencji cyfrowych w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku.**
  - e. która nie korzystała wcześniej z żadnej formy wsparcia w tym samym projekcie – z zastrzeżeniem pkt 2, lit. e
3. **Musi kwalifikować się do jednej z niżej wymienionych grup:**
  - a. jest kobietą,
  - b. jest osobą do 30 roku życia
  - c. jest osobą w wieku 55 lat i więcej,
  - d. jest osobą z orzeczonym stopniem niepełnosprawności,
  - e. jest osobą długotrwale bezrobotną,
  - f. jest osobą posiadającą wykształcenie niższe niż policealne;
4. Ponadto w roku 2024 obowiązują następujące **kryteria pierwszeństwa** dotyczące kierowania osób bezrobotnych na szkolenie grupowe – zaplanowane do realizacji przez Powiatowy Urząd Pracy (według kolejności ich wymienienia):
  - a. osoby bezrobotne posiadające orzeczenie o stopniu niepełnosprawności oraz osoby po 55 roku życia;
  - b. osoby bezrobotne, które uzyskują potwierdzenie możliwości zatrudnienia po ukończeniu szkolenia u potencjalnego pracodawcy, zawierające zobowiązanie pracodawcy do złożenia odpowiedniej oferty pracy i zatrudnienia osoby bezrobotnej, dla której wydał on potwierdzenie, w przypadku ukończenia przez tę osobę szkolenia z wynikiem pozytywnym (uzyskania uprawnień), w ramach umowy o pracę na okres min. 3 miesięcy z gwarancją minimalnego wynagrodzenia za pracę w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, i wymiar czasu pracy nie niższy niż ½ etatu – **załącznik nr 1;**
  - c. osoby bezrobotne zamierzające rozpocząć działalność gospodarczą – **załącznik nr 2.**
  - d. osoby bezrobotne, które nie odmówiły bez uzasadnionej przyczyny przyjęcia propozycji odpowiedniego zatrudnienia, szkolenia, stażu lub podjęcia prac interwencyjnych;
  - e. osoby bezrobotne, która w okresie ostatnich 12 miesięcy nie korzystała ze szkoleń.
5. **Pouczenie :**
  - a. W celu właściwego wypełnienia deklaracji, prosimy o staranne jego przeczytanie
  - b. Wniosek należy wypełnić czytelnie odpowiadając na wszystkie zawarte w nim pytania.
  - c. **Wypełnienie deklaracji kandydata nie oznacza zakwalifikowania na szkolenie.**
  - d. Osoby zakwalifikowane do udziału w szkoleniu otrzymają skierowanie na szkolenie, osoby niezakwalifikowane na szkolenie uzyskają pisemną informację o przyczynie niezakwalifikowania w terminie do 14 dni od dnia rozpoczęcia szkolenia.
  - e. Osoba, której wniosek uzyska odpowiedź pozytywną otrzymają skierowanie na szkolenie.
  - f. Od negatywnego rozpatrzenia wniosku nie przysługuje odwołanie.

## INFORMACJA O KANDYDACIE NA SZKOLENIE

<b>Imię i nazwisko</b>													
<b>PESEL</b> <small>(w przypadku cudzoziemca nr dokumentu potwierdzającego tożsamość)</small>	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>												
<b>Adres zamieszkania</b> <small>(kod pocztowy, miejscowość, ulica- jeżeli dotyczy, numer domu/mieszkania)</small>													
<b>Adres do korespondencji*</b> <small>(jeżeli inny niż zamieszkania)</small>													
<b>Telefon kontaktowy*</b>													
<b>Adres e-mail*</b>													
<b>Poziom wykształcenia*</b>													
<b>Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności*</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE												
<b>Posiadanie przeciwwskazań zdrowotnych do pracy</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE												
<b>NAZWA SZKOLENIA, na które składana jest deklaracja</b>													

\* potwierdzenie lub aktualizacja danych podanych przy rejestracji

### W przypadku zakwalifikowania mnie na szkolenie:

1. wybieram, aby przez cały okres trwania szkolenia wypłacane mi było (zaznaczyć tylko jedno):
  - stypendium szkoleniowe** (do wyboru dla osób z prawem do zasiłku lub bez prawa do zasiłku dla osób bezrobotnych)
  - zasiłek** (do wyboru tylko w przypadku osób posiadających prawo do zasiłku)
2. należne mi świadczenia proszę o przekazywanie przelewem na wskazane przeze mnie konto

Nazwa Banku: .....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data: ..... r.

.....  
czytelny podpis wnioskodawcy

## OŚWIADCZENIE OSOBY BEZROBOTNEJ

### Oświadczam, że (właściwe zakreślić):

- Nie uczestniczyłem/-łam w szkoleniu finansowanym ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania z powiatowego urzędu pracy w okresie ostatnich 3 lat,
- Uczestniczyłem/-łam w szkoleniu finansowanym ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania z powiatowego urzędu pracy w okresie ostatnich 3 lat (nazwa urzędu) .....  
koszt szkolenia wyniósł : .....zł
- Zapoznałem/-łam się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych.
  - Wszystkie dane i informacje zawarte w powyższym Wniosku są zgodne z prawdą.
  - Zapoznałem się z „Regulaminem ubiegania się i realizacji szkoleń grupowych dla osób bezrobotnych w ramach Funduszy Europejskich dla Pomorza Zachodniego (FEPZ)” w roku 2024 i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na zasadach opisanych w niniejszym Regulaminie.

Data: ..... r.

.....  
czytelny podpis wnioskodawcy

## INFORMACJA PRACODAWCY O ZAMIARZE ZATRUDNIENIA OSOBY BEZROBOTNEJ PO UKOŃCZENIU SZKOLENIA

Nazwa pracodawcy

.....  
.....

Adres .....

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

Osoba reprezentująca pracodawcę: .....

Telefon kontaktowy: .....

**Oświadczam, że w okresie do 30 dni od daty ukończenia szkolenia z wynikiem pozytywnym (uzyskania uprawnień zgodnych z kierunkiem ukończonego szkolenia)**

(nazwa i szczegółowy zakres szkolenia): .....

.....

zatrudnię Panią/Pana .....

PESEL: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**w ramach umowy o pracę na okres min. 3 miesięcy z gwarancją minimalnego wynagrodzenia za pracę w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, i wymiar czasu pracy nie niższy niż ½ etatu.**

**Oświadczam, że w/w osoba odbyła rozmowę kwalifikacyjną, podczas której ustalono, że spełnia wymogi zatrudnienia oraz oczekiwania pracodawcy na ww. stanowisku. Do zatrudnienia i podpisania umowy niezbędne jest odbycie, ww. szkolenia.**

Informuję, że zostałem/-łam poinformowany/-a o czasie trwania szkolenia oraz o możliwości zmiany terminu zatrudnienia w przypadku zmiany terminu szkolenia.

1.  *Jestem podmiotem prawa handlowego wpisanym do KRS\**
- Jestem jednostką sektora finansów publicznych\**
- Jestem osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą\**
2.  *Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w „Oświadczeniu pracodawcy o zamiarze zatrudnienia osoby bezrobotnej po ukończeniu szkolenia”\**
- Zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną stanowiącą załącznik do niniejszego oświadczenia o zamiarze zatrudnienia osoby bezrobotnej po ukończonym szkoleniu\**

\* *Zaznaczyć właściwe*

.....

Data

.....  
(pieczęć firmy i czytelny podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu pracodawcy)

**Klauzula informacyjna Powiatowego Urzędu Pracy w Gryfinie dla pracodawcy będącego osobą fizyczną lub spółką cywilną oraz inną spółką nieposiadającą osobowości prawnej (w zakresie danych osobowych wspólników)**

Zgodnie z art. 13 ust 1-2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016, str. 1) - dalej RODO - Powiatowy Urząd Pracy w Gryfinie informuje, że:

- 1) Administratorem Twoich danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Gryfinie reprezentowany przez Dyrektora PUP z siedzibą w Gryfinie:
  - adres: ul. Sprzymierzonych 1, 74-100 Gryfino
  - numer telefonu: 91 416 45 15, 91 416 38 03, 91 404 54 17, 91 404 54 19
  - adres email: [szgy@praca.gov.pl](mailto:szgy@praca.gov.pl)
- 2) Został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych Osobowych, z którym możesz skontaktować się w sprawie przetwarzania i ochrony swoich danych osobowych oraz realizacji swoich praw wynikających z ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych pod adresem e-mail: [iod@pupgryfino.com.pl](mailto:iod@pupgryfino.com.pl) lub pisemnie na adres naszej siedziby wskazany w pkt 1 z dopiskiem „Inspektor Ochrony Danych Osobowych”.
- 3) Celem przetwarzania przez Administratora Twoich danych osobowych zawartych w oświadczeniu pracodawcy o zamiarze zatrudnienia osoby po ukończeniu szkolenia, jest realizacji zadania publicznego „inicjowanie, organizowanie i finansowanie szkoleń i przygotowania zawodowego dorosłych” ujętego w:
  - a) Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j: Dz. U. z 2023r., poz. 735 z późn. zm.)
  - b) Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji oraz trybu i sposobów prowadzenia usług rynku pracy (Dz.U. z 2014 r. poz. 667)
- 4) Twoje dane osobowe będą przetwarzane na podstawie wyrażonej przez Panią/Pana zgody - art.6 ust.1 lit. a) RODO.
- 5) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do realizacji wyżej określonego celu.
- 6) Odbiorcami Twoich danych osobowych mogą być podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa oraz podmioty współpracujące z Administratorem, a także podmioty przetwarzające dane na rzecz Administratora na podstawie zawartej umowy o powierzeniu przetwarzania danych osobowych, np. podmioty świadczące obsługę poczty elektronicznej.
- 7) Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wsparcia, jego rozliczenia i archiwizacji zgodnie z przepisami prawa o archiwizacji dokumentów na podstawie rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych, tj. przez okres nie krótszy niż 5 lat oraz nie krócej niż przez okres 5 lat od dokonania ostatniej płatności na rzecz Beneficjenta w ramach realizowanego projektu EFS+ .
- 8) W odniesieniu do Twoich danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
- 9) Twoje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
- 10) Posiadasz prawo do:
  - a) dostępu do treści swoich danych osobowych na podstawie art. 15 RODO
  - b) poprawienia i sprostowania swoich danych osobowych na podstawie art. 16 RODO
  - c) usunięcia danych na podstawie art.17 RODO (nie dotyczy sytuacji, gdy przetwarzanie danych jest niezbędne do wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa);
  - d) żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych na podstawie art.18 RODO, z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO ;
  - e) przenoszenia danych na podstawie art.20 RODO;
  - f) prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, na podstawie art. 21 RODO
  - g) cofnięcia zgody w dowolnym momencie (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody). Cofnięcie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych, którego dokonano przed jej cofnięciem.
  - h) wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego do przetwarzania danych osobowych - UODO (Urząd Ochrony Danych Osobowych: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO.

## OŚWIADCZENIE O ZAMIARZE PODJĘCIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PO UKOŃCZENIU SZKOLENIA

**Świadomy odpowiedzialności za składanie fałszywych zeznań oświadczam co następuje:**

Po zakończeniu szkolenia: .....  
z wynikiem pozytywnym i uzyskaniu kwalifikacji, w przeciągu 30 dni zamierzam podjąć działalność gospodarczą zgodną z zakresem ukończonego szkolenia.

### OPIS PLANOWANEJ DZIAŁALNOŚCI

1. Rodzaj planowanej działalności gospodarczej, w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej /*proszę wskazać właściwy symbol i nazwę podklasy rodzaju działalności określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności*/:

PKD: .....

2. Opis planowanej działalności gospodarczej:

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

3. Dane dotyczące produktów lub usług (dokładne określenie produktu – usługi):

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

4. Działania podjęte na rzecz uruchomienia działalności:

a. Miejsce wykonywania planowanej działalności gospodarczej /\* **zaznaczyć właściwe**

u klienta na terenie .....

w lokalu - adres lokalu:.....

- tytuł prawny do dysponowania lokalem/miejscem (*własność, najem, użyczenie*) .....

.....

b. Miejsce zarejestrowania planowanej działalności gospodarczej – **wypełnić wyłącznie w przypadku, jeżeli miejsce zarejestrowania działalności jest różne od miejsca, w którym działalność będzie wykonywana:**

- adres lokalu:.....

- tytuł prawny do dysponowania lokalem/miejscem (*własność, najem, użyczenie*) .....

.....

c. Opis stanu lokalu/siedziby wraz z informacją, czy lokal i jego otoczenie wymaga adaptacji, remontu i innych dodatkowych prac itp.: .....

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

d. Czy lokal/siedziba wymaga przystosowania celem prowadzenia przedmiotowej działalności /*Sanepid*/: .....

.....

e. Środki własne */przewidziane do wykorzystania w planowanej działalności/*:

- posiadane pojazdy, maszyny, urządzenia i narzędzia */należy wymienić*

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

- środki pieniężne planowane do wydatkowania na uruchomienie działalności */należy podać ich wartość/ - kwotę tą należy uwzględnić w wydatkach określonych w załączniku nr 1 do niniejszego wniosku:*.....

.....  
.....

**WYKAZANIE POWIĄZANIA WNIOSKOWANEGO SZKOLENIA  
Z PLANOWANĄ DZIAŁALNOŚCIĄ GOSPODARCZĄ**

Wnioskowane szkolenie umożliwi mi uzyskanie umiejętności/uprawnień/wiedzy z zakresu:

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

Jednocześnie oświadczam, iż:

nie będę

będę<sup>1</sup>

ubiegać się o środki na rozpoczęcie działalności gospodarczej z urzędu pracy.

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

---

<sup>1</sup> W przypadku ubiegania się o skierowanie na szkolenie w związku z zamiarem podjęcia działalności gospodarczej finansowanej w ramach jednorazowych środków na rozpoczęcie działalności gospodarczej z PUP, szkolenie będzie podlegało **dofinansowaniu do wysokości 60% należności dla jednostki szkoleniowej, nie więcej jednak niż 2 000,00 zł.**

## ADNOTACJE URZĘDU

### - Opinia doradcy klienta:

#### 1. Czy kandydat kwalifikuje się do udziału w projekcie – należy do jednej z wymienionych grup:

(należy wybrać wszystkie do których się kwalifikuje)  kobieta  os. z niepełnosprawnościami  os. długotrwale bezrobotna  
 osoba 30 minus  os. 55+  osoba niskow kwalifikowana

2. Zadanie jest zgodne z IPD:  TAK  NIE

#### 3. Uzasadnienie potrzeby odbycia szkolenia:

- nie posiada kwalifikacji zawodowych,
- musi zmienić lub uzupełnić kwalifikacje zawodowe w związku z brakiem możliwości podjęcia zatrudnienia,
- utraciła zdolność do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

#### 4. Dotyczy wyłącznie osób do 30 roku życia:

**Osoba uzyskała minimalny oczekiwany poziom kompetencji cyfrowych lub zadeklarowała odbycie szkolenia z tego zakresu?**

- TAK** - posiada wymagany poziom kompetencji cyfrowych
- TAK** - nie posiada odpowiednich kompetencji cyfrowych, ale zadeklarowała gotowość uczestnictwa w szkoleniu z tego zakresu przed przyznaniem do szkolenia grupowego
- NIE** - nie posiada odpowiednich kompetencji cyfrowych i nie zgada się na skierowanie na szkolenie z tego zakresu

Data: ..... r.

.....  
*podpis doradcy klienta*