*Dotyczy ogłoszonego przez PUP w Mielcu ….. w 2019 roku naboru wniosków o udzielenie refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy*

Formularz CAZ.0132-25/2019

 Obowiązuje od 01.08.2019r.

.................................................... ..................... , dnia .....................................

 *(pieczęć firmowa wnioskodawcy)*

**Starosta Powiatu Mieleckiego**

**za pośrednictwem**

**Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy**

**w Mielcu**

***Wniosek w sprawie udzielenia z Funduszu Pracy***

***refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy***

*w ramach projektu pn.* ***Aktywizacja osób młodych pozostających bez pracy w powiecie mieleckim (IV)*** *realizowanego w ramach Inicjatywy na rzecz zatrudnienia ludzi młodych*

*współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER)*

**UWAGA:**

**W celu właściwego wypełnienia wniosku prosimy o staranne jego przeczytanie.**

**Każdy punkt wniosku powinien być wypełniony w sposób czytelny.**

**Wniosek może być uwzględniony pod warunkiem, że jest kompletny i prawidłowo sporządzony.**

**Niedopuszczalne jest jakiekolwiek modyfikowanie i usuwanie elementów. Dopuszcza się wyłącznie rozszerzenie rubryk wynikające z objętości treści.**

**Dodatkowe informacje znajdują się w Regulaminie w sprawie udzielania z Funduszu Pracy refundacji** **kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy**

**WNIOSKODAWCA [[1]](#footnote-1):**

□ podmiot prowadzący działalność gospodarczą

□ producent rolny

□ niepubliczne przedszkole lub niepubliczna szkoła

1. **OZNACZENIE WNIOSKODAWCY**
2. Nazwa lub imię i nazwisko, w przypadku osoby fizycznej: ………......................................... ....................................................................................................................................................... .......................................................................................................................................................
3. Siedziba i adres albo miejsce zamieszkania i adres /*tel, fax/*: …….............................................. ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................
4. E-mail do kontaktu z urzędem: …………………………………………………………….……
5. Numer ewidencyjny PESEL, w przypadku osoby fizycznej: ......................................................
6. Numer identyfikacyjny w krajowym rejestrze urzędowym podmiotów gospodarki narodowej (REGON), jeżeli został nadany: ...................................................................................................
7. Numer identyfikacji podatkowej NIP: ..........................................................................................
8. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności: ................................................................................
9. Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD): .....................................................................................................................
10. Rodzaj prowadzonej działalności ................................................................................................. .......................................................................................................................................................
11. Oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności: ................................................................
12. Osoby reprezentujące Wnioskodawcę (*funkcja w firmie i nr tel.)*: .............................................. ……………….….................................................................................................................................................................................................................................................................................
13. System pracy w zakładzie pracy:

jedna zmiana / dwie zmiany / trzy zmiany / ruch ciągły / inny ……........………………

praca w godzinach od .................................. do ...............................................................

1. Stopa procentowa ubezpieczenia wypadkowego ………………………….……………
2. Forma opodatkowania: .....................................................................................................
3. Informacje o stanie zatrudnienia w ciągu ostatnich sześciu miesięcy poprzedzających złożenie wniosku [[2]](#footnote-2)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Miesiąc i rok** | **Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy** | **Przyczyny zmniejszenia stanu zatrudnienia** **i forma rozwiązania umowy** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |

1. Biorąc pod uwagę dane zawarte w powyższej tabeli w okresie ostatnich 6-ciu miesięcy przed złożeniem wniosku średnia liczba **pracowników** w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy wynosiła ................
2. Liczba zatrudnionych w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy pracowników w dniu

 złożenia wniosku wynosi ................. , a po zatrudnieniu dodatkowych osób, wyniesie

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

1. **DANE DOTYCZĄCE WYPOSAŻONYCH LUB DOPOSAŻONYCH STANOWISK PRACY.**
	1. Uzasadnienie potrzeby zorganizowania dodatkowych miejsc pracy

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

* 1. Liczba wyposażonych lub doposażonych stanowisk pracy dla skierowanych bezrobotnych: .................................
	2. Kalkulacja wydatków na wyposażenie lub doposażenie dla poszczególnych stanowisk pracy i źródła ich finansowania

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp** | **Nazwa stanowiska pracy** | **Całkowity koszt wyposażenia, doposażenia stanowiska pracy** | **Źródła finansowania** | **Kwota refundacji** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |

* 1. Wnioskowana kwota refundacji ............................................................................................

 (słownie złotych: ............................................................................................................ )

* 1. Szczegółowa specyfikacja wydatków dotyczących wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, w szczególności na zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn, w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowiska pracy z przepisami BHP oraz wymaganiami ergonomii.

*Uwaga: w przypadku planowania zakupu samochodu ciężarowego, należy podać markę i typ/model samochodu (dopuszczalne jest podanie kilku alternatywnych marek i typów/modeli).*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Wyszczególnienie zakupu dla stanowiska ................................................................... | Środki niezbędne do zapewnienia zgodności stanowisk pracy z przepisami bhp oraz wymaganiami ergonomii | Koszt | Termin zakupu |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Wyszczególnienie zakupu dla stanowiska ................................................................... | Środki niezbędne do zapewnienia zgodności stanowisk pracy z przepisami bhp oraz wymaganiami ergonomii | Koszt | Termin zakupu |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Wyszczególnienie zakupu dla stanowiska ................................................................... | Środki niezbędne do zapewnienia zgodności stanowisk pracy z przepisami bhp oraz wymaganiami ergonomii | Koszt | Termin zakupu |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Wyszczególnienie zakupu dla stanowiska ................................................................... | Środki niezbędne do zapewnienia zgodności stanowisk pracy z przepisami bhp oraz wymaganiami ergonomii | Koszt | Termin zakupu |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |

Uzasadnienie potrzeby dokonania wnioskowanego wyposażenia lub doposażenia dla poszczególnych stanowisk pracy **– bezwzględnie należy uzasadnić zakup i przeznaczenie każdego z przedmiotów stanowiących wyposażenie tworzonego stanowiska pracy oraz wskazać sposób (źródło informacji) oszacowania wartości zakupu:**

1)………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………..……………………………..……………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………….……………………..………..……........................................................................................................................................................……………………………………………………………………………………

2)………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………..……………………………..……………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………….……………………..………..……........................................................................................................................................................……………………………………………………………………………………

3)………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………..……………………………..……………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………….……………………..………..……........................................................................................................................................................……………………………………………………………………………………

4)………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………..……………………………..……………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………….……………………..………..……........................................................................................................................................................……………………………………………………………………………………

* 1. Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowanego bezrobotnego

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Stanowisko – zawód zgodny z Klasyfikacją Zawodów i Specjalności** | **Miejsce zatrudnienia (dokładny adres) i rodzaj pracy (zakres obowiązków, czynności wykonywane na stanowisku)** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |

* 1. Wymagane kwalifikacje i inne wymagania niezbędne do wykonywania pracy, jakie powinien spełniać skierowany bezrobotny

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Stanowisko - zawód zgodny z Klasyfikacją Zawodów i Specjalności** | **Wymagane kwalifikacje, umiejętności i doświadczenia zawodowe niezbędne do wykonywania pracy jakie powinien posiadać skierowany bezrobotny** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |

8. Adres do kontaktu dla kandydatów ....................…………………………………..…………

9. Termin do kontaktu dla kandydatów ...................………………………………..…………

10. Proponowane wynagrodzenie ................................................................................................

11. Proponowana forma zabezpieczenia zwrotu refundacji[[3]](#footnote-3) :

□ poręczenie,

□ gwarancja bankowa,

□ zastaw na prawach lub rzeczach – środek transportu,

□ blokada środków na rachunku bankowym.

***UWAGA:******Akceptacja formy zabezpieczenia należy do Dyrektora PUP w Mielcu, który jednocześnie czuwa nad poprawnością jej ustanowienia.***

**III. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY** (podmiot, przedszkole, szkoła, producent rolny, żłobek, klub dziecięcy, podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne)

**Oświadczam, że:**

1. wnioskodawca nie zmniejszał wymiaru czasu pracy pracownika i nie rozwiązał stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez wnioskodawcę bądź na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji,
2. **dotyczy podmiotu** prowadzącego działalność gospodarcza: wnioskodawca prowadzi działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej, przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, przy czym do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej,
3. **dotyczy przedszkola i szkoły**: wnioskodawca prowadzi działalność na podstawie ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku
4. nie zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych,
5. nie zalegam w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych,
6. nie posiadam w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych,
7. nie byłem karany w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – kodeks karny (tekst jedn.: Dz.U. z 2018r., poz. 1600 z późn. zm.), lub ustawy z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (tekst jedn.: Dz.U. z 2018r. poz. 703 z późn. zm.),
8. **dotyczy producenta rolnego** – posiadam gospodarstwo rolne w rozumieniu przepisów o podatku rolnym lub prowadzeniu działu specjalnego produkcji rolnej w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych lub przepisów o podatku dochodowym od osób prawnych przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku,
9. wnioskodawca spełnia warunki o których mowa w § 1 ust. 2,3,4 rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 lipca 2017r. w sprawie dokonywania z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy oraz przyznawania środków na podjęcie działalności gospodarczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2017r., poz. 1380 z późn. zm.).
10. nie podlegam karze zakazu dostępu do środków o których mowa w art. 5 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009r. o finansach publicznych (tekst jedn.: Dz.U. z 2017r. poz. 2077 z późn. zm.),
11. Klauzula zgody: Zgodnie z art.6 ust.1 lit. a 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) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb oceny wniosku, zawarcia i realizacji umowy.

**IV. INFORMACJA WNIOSKODAWCY:**

**Informuję, że […] spełniam/ […] nie spełniam\* kryterium premiujące tj.: dalsze zatrudnienie przez okres co najmniej 30 dni skierowanych osób bezrobotnych po zakończeniu okresu obowiązkowego zatrudnienia wynikającego z umowy z PUP w Mielcu w przypadku subsydiowanego zatrudnienia (dotyczy umów realizowanych w bieżącym roku i poprzednim roku kalendarzowym).**

***Zatrudnienie w kryterium premiującym badane jest w okresie 3 miesięcy po zakończeniu umowy z Urzędem.***

*Przez zatrudnienie należy rozumieć:*

*- wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego oraz umowy o prace nakładczą,*

*- wykonywanie pracy lub świadczenie usług na podstawie umów cywilnoprawnych.*

*Zatrudnienie udokumentowane powinno być na okres co najmniej 30 dni po zakończeniu okresu obowiązkowego zatrudnienia wynikającego w umowy z PUP w Mielcu (prace interwencyjne, roboty publiczne, refundacja kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, refundacja kosztów wynagrodzeń skierowanych bezrobotnych do 30 roku życia).*

*Wnioskodawca powinien załączyć dokument potwierdzający zatrudnienie ( np. umowa o pracę, kopia deklaracji ZUS imiennej, oświadczenie) wraz ze wskazaniem zatrudnionej osoby ( imię, nazwisko, data urodzenia lub miejsce zamieszkania).*

\* Właściwe zaznaczyć X

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej i zapoznany/a z treścią art. 297 §1 § 2 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą [[4]](#footnote-4) .**

................................................................................................... ................................ (*podpis Wnioskodawcy lub innej osoby uprawnionej do jego reprezentowania) (miejscowość, data)***Klauzula informacyjna**

Informuję, że zgodnie z art. 13 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:

1. administratorem Pana(i) danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Mielcu, z siedzibą przy ul. Chopina 16 A, 39-300 Mielec, tel. 17 78800 50, e-mail: sekretariat@pup.mielec.pl,
2. kontakt z Inspektorem Ochrony Danych - inspektor\_odo@pup.mielec.pl
3. celem przetwarzania danych jest:
	1. przekazywanie Panu(i) informacji, m.in. o realizowanych programach, terminach naborów wniosków dotyczących realizacji aktywnych form przeciwdziałania bezrobociu oraz innych oferowanych usługach urzędu skierowanych do pracodawców z terenu powiatu mieleckiego z wykorzystaniem Pana(i) danych teleadresowych (nr telefonu, adres e-mail ) – art. art. 6 ust. 1 lit. a RODO
	2. podjęcie działań w celu zawarcia i realizacji umowy, której dotyczy złożony wniosek - art. 6 ust. 1 lit. b RODO
	3. realizacja zadań ustawowych spoczywających na służbach zatrudnienia w zakresie niezbędnym do udzielenia wsparcia i pomocy osobom bezrobotnym i/lub pracodawcom - Art. 6 ust. 1 lit. c RODO,
4. odbiorcami Pana(i) danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa,
5. Pana(i) dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa,
6. posiada Pan(i) prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych,
7. posiadam Pan(i) prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, w przypadku danych, których przetwarzanie odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) lub art. 9 ust. 2 lit. a) RODO,
8. ma Pan(i) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
9. podanie Pana(i) danych osobowych jest wymogiem ustawowym i warunkiem zawarcia umowy, jest Pan(i) zobowiązany(a) do ich podania a konsekwencje nie podania danych będą wiązać się z odmową świadczenia części usług przez administratora danych,

Potwierdzam otrzymanie Informacji: ­­­­­­­­­­

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ( imię i nazwisko ) ( miejscowość , data , podpis )

*ZAŁĄCZNIKI:*

* dokument potwierdzający nazwę banku posiadacza rachunku bankowego i numer rachunku
* w przypadku spółki cywilnej - kserokopia umowy spółki cywilnej
* zaświadczenia lub oświadczenie o pomocy de minimis, w zakresie o którym mowa w art. 37 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jedn.: Dz.U. z 2018r. poz. 362 z późn. zm.) - wszystkie zaświadczenia o pomocy de minimis i pomocy de minimis w sektorze rolnym, jakie otrzymał w roku, w którym ubiega się o pomoc, oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych, albo oświadczenia o wielkości pomocy de minimis otrzymanej w tym okresie, albo oświadczenia o nieotrzymaniu takiej pomocy w tym okresie
* informacje określone w przepisach wydanych na podstawie art. 37 ust. 2a ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej – formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc deminimis.
* dotyczy producenta rolnego – dokumenty potwierdzające zatrudnienie w okresie ostatnich 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku, w każdym miesiącu, co najmniej jednego pracownika na podstawie stosunku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy oraz dokumenty potwierdzające jego ubezpieczenie,
* …………………………………………………………………………………………...
* …………………………………………………………………………………………...
* …………………………………………………………………………………………...
* …………………………………………………………………………………………...
* …………………………………………………………………………………………...

**UWAGA:**

**1. Kserokopie dokumentów przedkładanych w tut. Urzędzie powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem.**

**2.** **Wnioski sporządzone nieprawidłowo lub niekompletne nie będą podlegać rozpatrzeniu.**

**­­­­­­­­­­­­­­­­***Wypełnia Powiatowy Urząd Pracy w Mielcu*

**OCENA WNIOSKU**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACJE PRACOWNIKA MERYTORYCZNEGO**

|  |
| --- |
| Sprawdzono wniosek pod względem formalnym i merytorycznym |
| Wnioskodawca ma w trakcie realizacji umowy o refundację (jeśli TAK, liczba refundowanych stanowisk w latach) | TAK2017r.: ……………2018r.: ……………2019r.: …………… | NIE |
| Wnioskodawca wywiązał się z poprzednich umów o refundację (umowy realizowane w br. i poprzednim roku kalendarzowy) | TAK | NIE | NIE DOTYCZY |
| Wnioskodawca spełnia kryterium premiujące | TAK | NIE | NIE DOTYCZY |
| Data |  |
| Podpis pracownika |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OPINIA KOMISJI** *(ocena wniosku zgodnie z kryteriami):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Skład Komisji:** | **Kryterium** |  |
| **I** | **II** | **III** | **IV** | **V** | **Podpisy członków Komisji** |
| liczba punktów |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **ŚREDNIA** |  |  |  |  |  | *razem pkt.:* |
| *Kryterium opinii negatywnej:* | *poniżej 1 pkt.* | *poniżej 1 pkt.* | *poniżej 1 pkt.* | *poniżej 3 pkt.* |  *nie dotyczy* | *suma kryt. I do IV**poniżej 6 pkt.* |
| **Data:** |  | **Opinia:** | *pozytywna* | *negatywna* |

*Uwagi:...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DECYZJA DYREKTORA:**

pozytywna / negatywna

liczba stanowisk / kwota ....................................................

Podpis Dyrektora PUP: .......................................................

1. odpowiednie zaznaczyć [↑](#footnote-ref-1)
2. Do deklarowanego poziomu zatrudnienia nie wlicza się osób na urlopach macierzyńskich, rodzicielskich, wychowawczych a także bezpłatnych powyżej 2 miesięcy, odbywających służbę wojskową lub zastępczą, młodocianych, osób zatrudnionych na umowę o dzieło, umowę zlecenie oraz w ramach innych umów cywilno-prawnych, osób nieświadczących pracy związku z uzyskaniem świadczenia rehabilitacyjnego). [↑](#footnote-ref-2)
3. zaznaczyć odpowiednie [↑](#footnote-ref-3)
4. Art.297 §1 § 2 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny:

„§1. Kto, w celu uzyskania dla siebie lub kogo innego, od banku lub jednostki organizacyjnej prowadzącej podobną działalność gospodarczą na podstawie ustawy albo od organu lub instytucji dysponujących środkami publicznymi – kredytu, pożyczki pieniężnej, poręczenia, gwarancji, akredytywy, dotacji, subwencji, potwierdzenia przez bank zobowiązania wynikającego z poręczenia lub z gwarancji lub podobnego świadczenia pieniężnego na określony cel gospodarczy, instrumentu płatniczego lub zamówienia publicznego, przedkłada podrobiony, przerobiony, poświadczający nieprawdę albo nierzetelny dokument albo nierzetelne, pisemne oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania wymienionego wsparcia finansowego, instrumentu płatniczego lub zamówienia, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5,

§ 2. Tej samej karze podlega, kto wbrew ciążącemu obowiązkowi, nie powiadamia właściwego podmiotu o powstaniu sytuacji mogącej mieć wpływ na wstrzymanie albo ograniczenie wysokości udzielonego wsparcia finansowego, określonego w § 1, lub zamówienia publicznego albo na możliwość dalszego korzystania z instrumentu płatniczego”. [↑](#footnote-ref-4)