Sępólno Kraj., dnia ..........................................

 Powiatowy Urząd Pracy

 w Sępólnie Krajeńskim

**Wniosek o sfinansowanie**

 **z Funduszu Pracy kosztów studiów podyplomowych**

**Dane wnioskodawcy:**

1. Imię i nazwisko ……………………………………………………………………….…………...………….…..
2. PESEL ………………………………………………………………….…………………………………………
3. W przypadku cudzoziemca numer dokumentu stwierdzającego tożsamość

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

1. Adres zamieszkania ………………………………………………………………..…………………...……........

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

1. Telefon kontaktowy …………………..………………………………………………………………….......

**Wnioskuję o sfinansowanie kosztów studiów podyplomowych w wysokości** (do wysokości 100%, jednak nie więcej niż 150% przeciętnego wynagrodzenia)**: …………………………………………………….…………………..**

Słownie:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………

nazwa ……...................................................................................................................................................................

prowadzonych przez....................................................................................................................................................

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

 (pełna nazwa i adres uczelni)

czas trwania studiów podyplomowych od ....................................................do...........................................................

 (planowany termin rozpoczęcia i zakończenia)

Uzasadnienie potrzeby udzielenia tej formy pomocy *(wykorzystanie zdobytych kwalifikacji po ukończeniu studiów podyplomowych do przyszłej pracy / rozpoczęcia działalności gospodarczej):*

 ……………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Załączniki:

1. Oświadczenie organizatora studiów podyplomowych - załącznik nr 1.

2. Oświadczenie pracodawcy o zamiarze zatrudnienia - załącznik nr 2.

3. Oświadczenie o zamiarze rozpoczęcia działalności gospodarczej - załącznik nr 3.

4. **Dotyczy osób bezrobotnych!!!** W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, wnioskuję o przekazywanie stypendium lub zasiłku dla bezrobotnych na rachunek bankowy, którego jestem właścicielem lub współwłaścicielem o nr:

🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌

 *(o wszelkich zmianach w rachunku bankowym należy niezwłocznie powiadomić PUP)*

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych znajdujących się w niniejszym kwestionariuszu do celów związanych*  *z rozpatrzeniem mojego wniosku i na potrzeby badań realizowanych lub zleconych przez Urząd w celu monitoringu skuteczności tej formy pomocy.*

 *Prawdziwość oświadczeń i informacji zawartych we wniosku stwierdzam własnoręcznym podpisem. Oświadczam, że zostałem (-łam) pouczony(a), że za złożenie oświadczenia niezgodnego z prawdą lub zatajenie prawdy grozi kara pozbawienia wolności na podstawie art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny.*

*Zobowiązuję się do przedstawiania co semestr zaświadczenia od organizatora studiów podyplomowych potwierdzającego kontynuowanie nauki.*

*Oświadczam, że różnicę wynikającą z całkowitego kosztu studiów podyplomowych, a wysokością finansowania przez Urząd pokryję osobiście.*

*Zobowiązuję się do zawarcia dwustronnej umowy, w której zostaną określone
warunki dofinansowania.*

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

 (podpis wnioskodawcy)

**Do wniosku należy załączyć:**

1. Oświadczenie organizatora studiów podyplomowych (załącznik nr 1).
2. Kserokopia dokumentu potwierdzającego posiadane wykształcenia wyższego.
3. Załącznik nr 2 lub 3.
4. Potwierdzenie odbywania studiów podyplomowych przez Wnioskodawcę i zaliczenie dotychczasowych semestrów w przypadku osób będących w trakcie studiów.
5. Potwierdzenie poniesienia opłat za poprzednie semestry /gdy takie nastąpiły/.

**Powiatowy Urząd Pracy zastrzega sobie prawo żądania dodatkowych dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia wniosku o sfinansowanie kosztów studiów podyplomowych.**

***WYPEŁNIAJĄ***

***PRACOWNICY POWIATOWEGO URZĘDU PRACY***

1. ***Opinia Doradcy Klienta*** *(w kontekście ustalonego profilu pomocy oraz indywidualnego planu działania):*

Ustalony profil pomocy: I II III osoba poszukująca pracy \*

Forma pomocy zaplanowana w IPD: TAK NIE \*

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

Data i podpis doradcy klienta

1. ***Opinia doradcy zawodowego w zakresie predyspozycji zawodowych*** *(jeżeli istnieje konieczność skierowania do doradcy zawodowego):*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Opiniuję: pozytywnie / negatywnie \*

………………………..…………….

 Data i podpis doradcy zawodowego

1. ***Informacja specjalisty do spraw rozwoju zawodowego:***
2. Szczególna sytuacja na rynku pracy dotycząca osób posiadających status osoby bezrobotnej, zgodnie z art. 49 ustawy z 20 kwietnia 2004 o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy:

🗌 Tak

* bezrobotny do 30 roku życia,
* bezrobotny długotrwale,
* bezrobotny powyżej 50 roku życia
* bezrobotny korzystający ze świadczeń z pomocy społecznej,
* bezrobotny posiadający co najmniej jedno dziecko do 6 roku życia lub co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne do 18 roku życia,
* bezrobotny niepełnosprawny.

🗌 Nie

1. Inne istotne dla oceny wniosku informacje przekazywane przez Wnioskodawcę w trakcie rozmowy:

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

Wniosek opiniuję:

 pozytywnie

 negatywnie

 do ponownego rozpatrzenia

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

 Data i podpis specjalisty do spraw rozwoju zawodowego

\*właściwe zaznacz

Załącznik nr 1

………………………, data ……………………

………………………………………………….

 (pieczęć organizatora)

**OŚWIADCZENIE**

**ORGANIZATORA STUDIÓW PODYPLOMOWYCH**

1. Nazwa i adres organizatora studiów podyplomowych: ……………………………………………..……….

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

1. Nazwisko i imię osoby do kontaktu: ……………………………………………...…………………………
2. Nazwa, kierunek studiów podyplomowych: ………………………………………………………………..

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

1. Termin realizacji: od …………………………………..…… do …….…………………………………….
2. Rodzaj uzyskanych uprawnień: …………………………………………….………………………………..

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

1. Koszt studiów podyplomowych: ………………………………………………….…………………………

(słownie: ………………………………………………………………………………..……………………

…………………………………………………………………………………………….…………………)

w tym: I semestr …………………………………………, II semestr ……………………………………...

III semestr ………………………………………………

1. Terminy płatności za studia:

- w przypadku jednorazowej wpłaty …………………………………………………………...……………

- w ratach:

I rata płatna do dnia: ………………………………………………………………………………...………

II rata płatna do dnia: ……………………………………………………………………………………..…

III rata płatna do dnia: ……………………………………………………………………………………….

1. Nazwa banku oraz numer rachunku bankowego organizatora studiów podyplomowych: ……..………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………
2. Organizator studiów podyplomowych przyjmuje do wiadomości i akceptuje fakt, że koszt studiów podyplomowych może zostać sfinansowany przez PUP Sępólno Krajeńskim po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku do wysokości 100% jednak nie więcej niż 300% przeciętnego wynagrodzenia. Kwoty, o których mowa w punkcie 7, będą przekazane w formie bezpośrednich wpłat na konto organizatora w terminie 14 dni od otrzymania faktury przez Powiatowy Urząd Pracy w Sępólnie Kraj.
3. Różnica wynikająca z całkowitego kosztu studiów podyplomowych, a wysokości finansowania przez Urząd zostanie pokryta przez słuchacza studiów podyplomowych.
4. **Oświadczam, że jestem uprawniony w ramach swej działalności organizacyjnej do prowadzenia studiów podyplomowych w podanym wyżej kierunku.**

 ……..…………………………………………………….

 (pieczęć i podpis organizatora studiów podyplomowych)

Załącznik nr 2

……………………………………………………………………..

 Pieczątka zakładu

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

##### Oświadczenie pracodawcy

#####  o zamiarze zatrudnienia na co najmniej 6 miesięcy po ukończeniu studiów podyplomowych

**Oświadczam**, że zamierzam zatrudnić na podstawie:

 umowy o pracę – na co najmniej 6 miesięcy;

 umowy zlecenie – na minimum 6 miesięcy;

 umowy o dzieło;

 inne: ..........................................................................................................................................................

Pana / Panią ..................................................................................................................................................

zam. ..............................................................................................................................................................

niezwłocznie po ukończeniu studiów podyplomowych, jednak nie później niż do 2 miesięcy od dnia zakończenia studiów podyplomowych:

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

(nazwa studiów podyplomowych )

na stanowisku ...............................................................................................................................................

Inne propozycje (uwagi) pracodawcy w związku ze studiami podyplomowymi: ........................................................................................................................................................................

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

Oświadczam, że:

1. Dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą.
2. Zapoznałam/em się z informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych i znam przysługujące mi prawa.

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

 pieczęć i podpis pracodawcy

\* zakreślić właściwe

**Klauzula informacyjna dla pracodawców / przedsiębiorców korzystających z form pomocy określonych w ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy dotycząca przetwarzania danych osobowych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Sępólnie Kraj.**

Zgodnie z art. 13 ust.1 i 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 takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych zwane dalej RODO), Powiatowy Urząd Pracy w Sępólnie Kraj. informuje, że:

1. Administratorem Pana/i danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy mający siedzibę w Sępólnie Kraj. przy ulicy Tadeusza Kościuszki 11, 89-400 Sępólno Kraj. reprezentowany przez Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Sępólnie Kraj.
2. Administrator wyznaczył Inspektora ochrony danych – dane kontaktowe: Ido-rodo@pup.sepolno.pl
3. Pana/i dane osobowe przetwarzane będą w celu:
* realizacji instrumentów i usług rynku pracy określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy i aktach wykonawczych do tej ustawy oraz w ustawie z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego, ustawie z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, zgodnie z art. 6 ust.1 lit. c, e oraz art. 9 ust. 2 lit. b RODO,
* zawarcia i wykonania umowy, w tym kontaktowania się w związku z jej realizacją zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
* wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze w tym m. in. dochodzenia roszczeń, archiwizowania danych – na wypadek potrzeby wykazania faktów zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c RODO.
1. Dane pozyskane w sposób inny niż od osoby, której dane dotyczą - Powiatowy Urząd Pracy w Sępólnie Kraj. przetwarza następujące kategorie danych: dane identyfikacyjne, dane adresowe oraz dane kontaktowe.
2. Odbiorcą Pana/i danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do ich uzyskania na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach konkretnego postępowania, podmioty publiczne, minister właściwy do spraw pracy, członkowie Powiatowej Rady Rynku Pracy w Sępólnie Kraj. komornicy, jednostki prowadzące działalność pocztową oraz podmioty, z którymi Administrator zawarł umowy powierzenia danych (w tym dostawcy oprogramowania i systemów informatycznych).
3. Pana/i dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (EOG).
4. Pana/i dane osobowe nie będą przechowywane dłużej, niż jest to konieczne dla celu, dla którego zostały zebrane i w czasie określonym przepisami prawa, a w szczególności wynikających z instrukcji kancelaryjnej, która określa okresy przechowywania tej dokumentacji.
5. Administrator dokłada wszelkich starań, aby zapewnić środki fizycznej, technicznej i organizacyjnej ochrony danych osobowych przed ich przypadkowym czy nieumyślnym zniszczeniem, przypadkową utratą, zmianą, nieuprawnionym ujawnieniem, wykorzystaniem czy dostępem, zgodnie ze wszystkimi obowiązującymi przepisami. W tym celu zobowiązuje się właściwie chronić Pana/i dane osobowe zgodnie z przyjętymi wewnętrznymi procedurami.
6. Administrator jest zobowiązany prawnie do przetwarzania danych osobowych w celu realizacji obowiązku ustawowego. Posiada Pan/i prawo dostępu do treści swoich danych ich sprostowania i przenoszenia, usunięcia, ograniczenia, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania. W przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się na podstawie zgody przysługuje Pani/i prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Z powyższych praw można skorzystać poprzez e-mail: Ido-rodo@pup.sepolno.pl lub osobiście bądź pisemnie pod adresem wskazanym w pkt. 1.

Przysługuje Panu/i prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pan/i, że przetwarzanie Pana/i danych osobowych narusza przepisy RODO.

1. Podanie danych osobowych jest obowiązkiem wynikającym z ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz aktów wykonawczych do tej ustawy. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości udzielenia przez Powiatowy Urząd Pracy w Sępólnie Kraj. pomocy, o której mowa w ww. ustawie. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości realizacji zadań o których mowa w ww. ustawie.
2. Pana/i dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane.

Data i podpis: ……………………………………………………………………………..

Załącznik nr 3

***INFORMACJE O WNIOSKODAWCY:***

*Nazwisko i imię …………………………………………………………………………………………….…….....…*

*PESEL …………………………………………………………………………….……………………………….....…*

*Adres zamieszkania …………………………………………………………………..………………………….........*

*........................................................................................................................................................................*

## *OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY*

## *O ZAMIARZE PODJĘCIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ*

Oświadczam, że po ukończeniu studiów podyplomowych

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

*(nazwa studiów podyplomowych)*

mam zamiar rozpocząć działalność gospodarczą w okresie do 2 miesięcy od dnia ukończenia studiów podyplomowych i w terminie 7 dni od podjęcia działalności gospodarczej złożę: odpowiedni wydruk z CEiDG w urzędzie pracy.

1. Planowany termin rozpoczęcia działalności gospodarczej………………………………........…....
2. Opis planowanej działalności gospodarczej (branża, zakres działania)

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

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

1. Powzięte przedsięwzięcia celem rozpoczęcia działalności gospodarczej (lokal, licencje, pozwolenia, zezwolenia)………………………………….………………………………………...

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

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

1. Możliwości finansowe niezbędne do rozpoczęcia działalności gospodarczej (kredyt, środki własne, środki na rozpoczęcie działalności gospodarczej oferowane przez powiatowy urząd pracy, inne) ……………………………………………………………………………..…………..

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

dnia *………………………… …………………………………………*

 (podpis Wnioskodawcy)