……….……………………………………………………

/Numer wniosku/nadaje pracownik PUP/

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

miejscowość, data

**Wniosek o finansowanie kosztów studiów podyplomowych**

**Część A – Dane dotyczące wnioskodawcy i wskazanego kierunku studiów**

* 1. **Imię i nazwisko wnioskodawcy:** ………………………………………………………...........…………………………..
  2. **Adres zamieszkania wnioskodawcy:** .....……………………………………...........………………………………….

Adres korespondencyjny, w przypadku gdy jest inny niż adres zamieszkania:

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

* 1. **PESEL:** □□□□□□□□□□□
  2. **Nr telefonu:** ………………………………………… **e-mail** ……………………………………………………………………
  3. **Adres do e-doręczeń: ……………………………………………………………………………………………………………**
  4. **Wnioskuję o dofinansowanie kosztów studiów podyplomowych organizowanych przez** ...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

(pełna nazwa i adres organizatora studiów)

**na kierunku** .......................................................................................................................................

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

(nazwa wnioskowanego kierunku studiów)

* 1. **Termin realizacji studiów:** od dnia................................................ do dnia ..................................

Uwaga: Urząd Pracy nie sfinansuje kosztów studiów podyplomowych, rozpoczętych bez wcześniejszego złożenia wniosku i podpisania umowy z Urzędem Pracy.

* 1. **Wysokość opłaty za ww. studia podyplomowe wynosi** .......................................zł

słownie:…………………………………………………………………………………………………………………………

Uwaga: Kosztem studiów podyplomowych są jedynie opłaty z tytułu uczestnictwa w procesie studiów (czesne), a nie np. koszty rekrutacyjne, dojazdy, zakwaterowanie, wyżywienie.

* 1. **Wnioskuję o dofinansowanie kwoty** ......................................zł

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

* 1. **Własne uzasadnienie wnioskodawcy dotyczące uzasadnienia potrzeby udzielenia tej formy wsparcia:**

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

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

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

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

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

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

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

11. Posiadam uzasadnienie celowości udzielenia tej formy pomocy w postaci (proszę zaznaczyć właściwe):

□ Oświadczenie pracodawcy o zamiarze zatrudnienia osoby po zakończeniu studiów podyplomowych -   
Część B

□ Oświadczenie o zamiarze podjęcia działalności gospodarczej po zakończeniu studiów podyplomowych - Część C

□ Oświadczenie obecnego Pracodawcy dotycząca utrzymania zatrudnienia dla pracownika lub osoby wykonującej inną pracę zarobkową w wieku 45 lat i powyżej - Część D

**12. Jednocześnie oświadczam że:**

* Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby przez Powiatowy Urząd Pracy w Skarżysku-Kamiennej dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku realizacją umowy, monitorowaniem realizacji szkolenia, jak i przeprowadzenia po ukończeniu szkolenia badań dotyczących skuteczności tej formy aktywizacji zawodowej zgodnie z Rozporządzeniem 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) a także innych przepisów dotyczących ochrony danych osobowych.
* Zapoznałem/am się z kryteriami dotyczącymi finansowania kosztów studiów podyplomowych.
* Zostałem/am poinformowany/a, iż w przypadku akceptacji wniosku przez Dyrektora PUP w Skarżysku-Kamiennej zostanie przedstawiona mi do zawarcia umowa dotycząca dofinansowania kosztów studiów podyplomowych.
* Zostałem/am poinformowany/a, iż w przypadku podjęcia zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej w trakcie odbywania studiów podyplomowych nie zawiesza się dofinansowania kosztów tych studiów do planowanego terminu ich ukończenia.
* Jestem świadomy/a faktu, że po zawarciu umowy dotyczącej dofinansowania kosztów studiów podyplomowych   
  w przypadku przerwania studiów podyplomowych zobowiązany/a będę do zwrotu poniesionych przez PUP kosztów.

**Do wniosku należy załączyć:**

**- dokument** wydany przez organizatora studiów podyplomowychzawierającyinformację o: nazwie, terminie realizacji i koszcie studiów podyplomowych **na druku wewnętrznym PUP według wzoru załączonego do wniosku Część E – INFORMACJA ORGANIZATORA STUDIÓW PODYPLOMOWYCH;**

**Uwaga!**

**Wnioski niekompletne nie będą rozpatrywane do momentu ich uzupełnienia.**

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

podpis wnioskodawcy

**Część B** - **Wypełnia Pracodawca** **( dotyczy osób, które po zakończeniu studiów podyplomowych chcą podjąć zatrudnienie lub inną pracę zarobkową )**

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

(pieczęć pracodawcy) (miejscowość, data)

***Oświadczenie przyszłego Pracodawcy o zamiarze powierzenia osobie odpowiedniej pracy***

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

(pełna nazwa pracodawcy)

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

(adres pracodawcy)

Nr telefonu: ................................................... Adres e-mail:.................................................

NIP:................................................................. REGON: ........................................................

Rodzaj prowadzonej działalności: ...........................................................................................................

**Oświadczam gotowość do zatrudnienia**:

Pana/i .............................................................................................................................................

(imię i nazwisko osoby uprawnionej)

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

(adres zamieszkania, data urodzenia)

**w terminie do 60 dni od dnia zakończenia studiów podyplomowych**

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

(kierunek studiów podyplomowych)

**na stanowisku**..................................................................................................................................

(nazwa stanowiska)

**celem powierzenia następujących obowiązków:**

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

**Deklaruję zatrudnić w/w osobę bezrobotną na czas nieokreślony/określony\* (co najmniej 1 miesiąca), w pełnym wymiarze czasu pracy.**

UWAGA:

Urząd zastrzega sobie prawo kontaktu z pracodawcą celem monitorowania efektu zatrudnieniowego studiów podyplomowych.

**Pracodawca informuje iż:**

* liczba pracowników zatrudnionych (na umowę o pracę) na dzień wydania oświadczenia wynosi:............ osób.
* nie znajduje się w trudnej sytuacji ekonomicznej – czyli zagrożony,
* jest pracodawcą w stosunku do którego nie toczy się postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek   
  o jego likwidację.

Jednocześnie, Pracodawca (dot. osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą) podający swoje dane osobowe w niniejszym załączniku proszony jest o zapoznanie się z treścią **"Klauzuli informacyjnej dla Pracodawców"** (treść klauzuli na ostatniej stronie wniosku).

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

(Pieczęć i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej)

\* - niepotrzebne skreślić

**Część C - Oświadczenie o zamiarze podjęcia działalnościgospodarczej** **(dotyczy osób, które po zakończeniu studiów podyplomowych zamierzają otworzyć własną działalność gospodarczą)**

**Ja** ………………………..................................................................................................................................................

/imię i nazwisko/

**zamieszkały/a:** ……………………………………………………………………………………………….....................................................

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

**oświadczam, że zamierzam podjąć działalność gospodarczą zgodnie z poniższym opisem w okresie do 60 dni od dnia zakończenia studiów podyplomowych:**

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

/kierunek studiów podyplomowych/

**OPIS PLANOWANEGO PRZEDSIĘWZIĘCIA**

**1. Rodzaj działalności gospodarczej** (krótki opis zamierzonego przedsięwzięcia z podaniem zakresu rodzaju działalności):

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

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

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

**2. Adres, pod którym zamierzam prowadzić działalność gospodarczą :**

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

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

**3. Czy kiedykolwiek prowadził(a) Pan(i) działalność gospodarczą?**

TAK/NIE\*

w okresie od.............................. do ........................................

w okresie od.............................. do........................................

rodzaj prowadzonej działalności

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

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

**4. Kroki podjęte w kierunku planowanej działalności:**

a)uzyskane pozwolenia, zaświadczenia, zezwolenia, certyfikaty itp.

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

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

b) odbyte kursy szkolenia:

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

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

c) inne podjęte kroki

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

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

1. **Rozpoczęcie deklarowanej działalności gospodarczej nie jest uzależnione od uzyskania jednorazowych środków na podjęcie działalności gospodarczej, o ile będę o nie występował/a.**
2. **Planowana data rozpoczęcia działalności gospodarczej**: …………………………………………………………………………….

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

(data i podpis wnioskodawcy)

\* - niepotrzebne skreślić

**Część D - Wypełnia Pracodawca (dotyczy osób, dla których podniesienie lub zmiana kwalifikacji potwierdzona ukończonymi studiami podyplomowymi jest konieczna w celu utrzymania zatrudnienia)**

……………………………………… ………….………………………..

(pieczęć pracodawcy) (miejscowość, data)

***Oświadczenie obecnego Pracodawcy dotycząca utrzymania zatrudnienia dla pracownika lub osoby wykonującej inna pracę zarobkową w wieku 45 lat i powyżej***

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

(pełna nazwa pracodawcy)

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

(adres pracodawcy)

Nr telefonu: ................................................... NIP: ……………………………………………………………………………

Adres e-mail:............................................... … REGON:........................................................................

Rodzaj prowadzonej działalności: .............................................................................................................

Liczba pracowników zatrudnionych (na umowę o pracę) na dzień wydania deklaracji wynosi:...... osób.

**Informacje o osobie ubiegającej się o finansowanie studiów podyplomowych wskazane przez osobę uprawnioną:**

1. Dane personalne pracownika ………………………………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko, adres zamieszkania, data urodzenia)

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

2. Stanowisko na jakim zatrudniony jest pracownik ……………………………………………………………………………

3. Pracownik zatrudniony jest na podstawie:

- umowy o pracę/umowy zlecenia/umowy o dzieło\*

od dn. …………………………… do dn. …………………………………… / na czas nieokreślony\*

4. Zobowiązuję się do utrzymania zatrudnienia w/w osoby przez okres ……………………………………………….

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

w wymiarze ..............................

po ukończeniu studiów podyplomowych ……………....................................................................................

(kierunek studiów podyplomowych)

5. Uzasadnienie potrzeby zmiany/podniesienia\* kwalifikacji przez pracownika:

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

Jednocześnie, Pracodawca (dot. osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą) podający swoje dane osobowe   
w niniejszym załączniku proszony jest o zapoznanie się z treścią **"Klauzuli informacyjnej dla Pracodawców"** (treść klauzuli na ostatniej stronie wniosku).

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

(Pieczęć i podpis pracodawcy)

\* - niepotrzebne skreślić

**Część E – INFORMACJA ORGANIZATORA STUDIÓW PODYPLOMOWYCH**

**(Wypełnia organizator studiów podyplomowych)**

**………………………………………**

***Pieczęć organizatora***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NAZWA ORGANIZATORA |  | |
| ADRES  (miejscowość, ulica, nr budynku, kod pocztowy) |  | |
| NR TELEFONU |  | |
| ADRES E-MAIL |  | |
| NR IDENTYFIKACJI PODATKOWEJ NIP |  | |
| NR IDENTYFIKACYJNY REGON |  | |
| NUMER RACHUNKU BANKOWEGO, NA KTÓRY NALEŻY DOKONAĆ WPŁATY ZA STUDIA PODYPLOMOWE |  | |
| RODZAJ PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI  WG PKD (kod) |  | |
| NAZWISKO I IMIĘ ORAZ STANOWISKO  OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO KONTAKTÓW Z URZĘDEM PRACY |  | |
| PEŁNA NAZWA KIERUNKU STUDIÓW PODYPLOMOWYCH | |  |
| TERMIN REALIZACJI STUDIÓW PODYPLOM.  (OD DNIA ... DO DNIA ...) | |  |
| ILOŚĆ SEMESTRÓW | |  |
| ILOŚĆ GODZIN ZAJĘĆ:   * OGÓŁEM * ZAJĘCIA TEORETYCZNE * ZAJĘCIA PRAKTYCZNE | |  |
| CAŁKOWITY KOSZT STUDIÓW PODYPLOMOWYCH | |  |
| TERMINY W JAKICH NALEŻY DOKONAĆ PŁATNOŚCI - wymienić | |  |
| KRYTERIA – WARUNKI, JAKIE MUSI SPEŁNIAĆ KANDYDAT UBIEGAJĄCY SIĘ O STUDIA PODYPLOMOWE NA WYŻEJ WYMIENIONYM KIERUNKU | |  |

*……………………………………… ……………………………………………………*

(data) /pieczątka i podpis osoby upoważnionej/

**Część F – Wypełniają pracownicy Powiatowego Urzędu Pracy**

**I. Opinia Doradcy Klienta:**

1. W zakresie zgodności wnioskowanego wsparcia z ustaleniami założonymi w indywidualnym planie działania (IPD)

□ zgodne z ustaleniami założonymi w IPD

□ niezgodne z ustaleniami założonymi w IPD

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

……………………………………………………

(data i podpis Doradcy Klienta)

**II. Informacja specjalisty ds. rozwoju zawodowego:**

* 1. Na podstawie art.42a /43 oraz art 42a\* Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy Pan/i ………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………

wnosi o dofinansowanie kosztów studiów podyplomowych w wysokości .......................zł

* 1. Koszt wnioskowanych studiów podyplomowych *przekroczy / nie przekroczy\**  300% przeciętnego wynagrodzenia.

**Wniosek spełnia wymogi formalno-prawne / nie spełnia warunków formalno-prawnych \***

UWAGI: .............................................................................................................................................................

* 1. Proponuję sfinansowanie kosztów studiów podyplomowych w wysokości ……………………………… złotych (słownie:…………………………………………………………………………….) tj. …..… % wnioskowanej kwoty.

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

(data) (pieczęć i podpisspecjalisty ds. rozwoju zawodowego)

**III. Decyzja Koordynatora Zespołu ds. Rozwoju Zawodowego:**

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

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

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

(data) (pieczęć i podpisKoordynatora Zespołu ds. Rozwoju Zawodowego)

**IV. Decyzja Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Skarżysku-Kamiennej:**

Wyrażam / nie wyrażam\* zgodę/y na dofinansowanie kosztu studiów podyplomowych w wysokości ............. zł

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

(data) (pieczęć i podpis Dyrektora)

\* niepotrzebne skreślić

**KLAUZULA INFORMACYJNA DLA PRACODAWCÓW**

Na podstawie art. 14 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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 zwanego dalej ,,RODO”) Powiatowy Urząd Pracy w Skarżysku-Kamiennej informuje o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych.

1. **Administratorem** Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Skarżysku-Kamiennej reprezentowany przez Dyrektora PUP z siedzibą w Skarżysku-Kamiennej ul. Sikorskiego 20 tel. 41/2517300 e-mail: kisk@praca.gov.pl
2. **Inspektorem Ochrony Danych** jest Pani Edyta Niziołek-Kiełbasa tel. 41/2517354 e-mail: [iod@skarzysko.praca.gov.pl](mailto:iod@skarzysko.praca.gov.pl)
3. Pani / Pana dane są przetwarzane przez Powiatowy Urząd Pracy w Skarżysku-Kamiennej na podstawie art. 6 ust.1 lit. c, wyłącznie w celu realizacji obowiązków w zakresie niezbędnym do udzielenia wsparcia i pomocy osobom bezrobotnym lub osobom poszukującym pracy na podstawie przepisów Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia   
   i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz.U. 2024 poz.475 z późn.zm.).
4. Odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do ich uzyskania na podstawie obowiązujących przepisów prawa, podmioty publiczne, członkowie Powiatowej Rady Rynku Pracy w Skarżysku-Kamiennej, jednostki prowadzące działalność pocztową, banki oraz podmioty, z którymi Administrator zawarł umowy powierzenia danych w tym dostawcy oprogramowania i systemów informatycznych.
5. Pani/Pana dane osobowe pochodzą od osób bezrobotnych lub od osób poszukujących pracy ubiegających się o pomoc określoną w ww. ustawie.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat, licząc w pełnych latach kalendarzowych od pierwszego dnia roku następującego po roku pozyskania danych. W przypadku prowadzenia postępowań sądowych czas przechowywania danych może ulec wydłużeniu na czas trwającego postępowania bądź dłuższy, w zależności od obowiązków nałożonych przez przepisy prawa.
7. Administrator będzie przetwarzać następujące kategorie Pani/Pana danych: dane zwykłe.
8. Ma Pani/Pan prawo żądać od administratora dostępu do danych osobowych dotyczących Pani/Pana osoby, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, jak również ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Biuro Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
9. Przetwarzanie danych osobowych nie jest oparte o art. 6 ust. 1 lit. f) RODO.
10. Dane nie będą przekazywane innym instytucjom, osobom trzecim, do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej; Urząd pracy nie będzie wykorzystywał danych do zautomatyzowanego podejmowania decyzji (zautomatyzowanego przetwarzania) w tym profilowania, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO.