

Nr akt
Data wpływu
(wypełnia PUP w Kościanie)

.....
pieczęć firmowa wnioskodawcy

**WNIOSEK W SPRAWIE UDZIELENIA Z FUNDUSZU PRACY REFUNDACJI
KOSZTÓW WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY**

Wnioskodawca:

- ☐ przedsiębiorca;
- ☐ niepubliczne przedszkole lub niepubliczna inna forma wychowania przedszkolnego, niepubliczna szkoła, o których mowa w ustawie z dnia 14 grudnia 2016r. – Prawo oświatowe;
- ☐ osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, zamieszkująca lub mająca siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, będąca posiadaczem gospodarstwa rolnego w rozumieniu ustawy z dnia 15 listopada 1984 r. o podatku rolnym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1176, 1635 i 1757) lub prowadząca dział specjalny produkcji rolnej, o którym mowa w ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych lub w ustawie z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2025 r. poz. 278, 340 i ...), zwanej dalej „producentem rolnym”;
- ☐ żłobek lub klub dziecięcy tworzony i prowadzony przez osoby fizyczne, osoby prawne i jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej, o których mowa w ustawie z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz. U. z 2024 r. poz. 38, 743 i 858 oraz z 2025 r. poz. ...), zwany dalej „żłobkiem lub klubem dziecięcym” - stanowisko związane bezpośrednio ze sprawowaniem opieki nad dziećmi niepełnosprawnymi lub prowadzeniem dla nich zajęć;
- ☐ przedsiębiorca lub przedsiębiorstwo społeczne, prowadzące działalność polegającą na świadczeniu usług rehabilitacyjnych - stanowisko związane bezpośrednio ze świadczeniem usług rehabilitacyjnych dla dzieci niepełnosprawnych.

Osoba skierowana na wyposażone lub doposażone stanowisko pracy:

- ☐ bezrobotny
- ☐ poszukujący pracy niezatrudniony i niewykonujący innej pracy zarobkowej opiekun osoby niepełnosprawnej.

I. INFORMACJE OGÓLNE:

1. Oznaczenie wnioskodawcy:

- Nazwa lub imię i nazwisko, w przypadku osoby fizycznej;

.....
.....

- Adres siedziby albo adres miejsca zamieszkania;

.....
.....

- Telefon..... fax.....

e-mail

- Adres e-Doręczeń

- Posiadam indywidualne konto w systemie teleinformatycznym Urzędu Pracy
(praca.gov.pl) TAK / NIE * * niepotrzebne skreślić

- Numer ewidencyjny PESEL, w przypadku osoby fizycznej, jeżeli został nadany
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

- Numer REGON, jeżeli został nadany |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

- Numer identyfikacji podatkowej NIP |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

- Data rozpoczęcia prowadzenia działalności (dd/mm/rrrr) __/__/____

- Symbol podklasy rodzaju prowadzonej działalności określony zgodnie z Polską
Klasyfikacją Działalności (PKD)

- Oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności
.....

- Czy wnioskodawcy przysługuje prawo do obniżenia podatku od towarów i usług
należnego o kwotę podatku naliczonego (podatnik podatku VAT). TAK / NIE *

* niepotrzebne skreślić

2. Numer konta bankowego lub rachunku bieżącego, nazwa banku

.....

3. Osoby uprawnione do reprezentowania wnioskodawcy zgodnie z dokumentami
rejestrowymi (CEIDG, KRS) lub udzielonym pełnomocnictwem w sprawie niniejszego
wniosku i jego realizacji

.....

.....

4. Czy wnioskodawca pozostaje we wspólnocie majątkowej ze swoim współmałżonkiem
(dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą i wspólników spółki cywilnej)

TAK / NIE / NIE DOTYCZY

* niepotrzebne skreślić

5. Opis prowadzonej działalności

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

II. DANE DOTYCZĄCE STANOWISK PRACY, KTÓRE MAJĄ ZOSTAĆ WYPOSAŻONE LUB DOPOSAŻONE ZE ŚRODKÓW FUNDUSZU PRACY

1. Liczba wyposażanych lub doposażonych stanowisk pracy dla skierowanych bezrobotnych lub skierowanych poszukujących pracy niezatrudnionych i niewykonyjących innej pracy zarobkowej opiekunów osoby niepełnosprawnej.

2. Informacja o wymiarze czasu pracy zatrudnianych skierowanych bezrobotnych lub poszukujących pracy niezatrudnionych i niewykonyjących innej pracy zarobkowej opiekunów osoby niepełnosprawnej

3. Kalkulacja wydatków na wyposażenie lub doposażenie poszczególnych stanowisk pracy i źródła ich finansowania. Stanowiska pracy muszą być podane zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy – Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakres jej stosowania (Dz. U. z 2018r. poz. 227): Rozporządzenie jest dostępne na stronie internetowej PUP w Kościanie w zakładce Rynek Pracy – Akty Prawne.

stanowisko	Fundusz Pracy (kwota brutto)* w przypadku podatników podatku VAT wskazujemy kwotę netto	Środki własne	Inne źródła finansowania
Suma wydatków:			

4. Wnioskowana kwota refundacji *

.....

* W przypadku gdy przedsiębiorcy, w tym żłobkowi lub klubowi dziecięcemu lub podmiotowi świadczącemu usługi rehabilitacyjne, przedsiębiorstwu społecznemu, niepublicznemu przedszkolu lub niepublicznej innej formie wychowania przedszkolnego, niepublicznej szkole lub producentowi rolnemu przysługuje prawo do obniżenia podatku od towarów i usług należnego o kwotę podatku naliczonego, refundacja obejmuje wydatki na wyposażenie lub doposażenie stanowiska pracy bez podatku od towarów i usług.

5. 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 bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wymaganiami ergonomii.

Lp.	Nazwa	Cena (kwota brutto) w przypadku podatników podatku VAT wskazujemy kwotę netto	Termin zakupu	Amortyzacja liniowa (w czasie) zaznaczyć „X”	Amortyzacja jednorazowa zaznaczyć „X”	Jakiego stanowiska opisanego w tabeli w części II.2 wniosku dotyczy zakup
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
	RAZEM					

Uzasadnienie planowanych zakupów:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6. Miejsce i rodzaj pracy z podziałem na stanowiska pracy oraz kwalifikacje i inne wymagania niezbędne do wykonywania pracy, jakie powinien spełniać skierowany bezrobotny lub poszukujący pracy.

Lp.	Stanowisko	Siedziba wnioskodawcy / miejsce wykonywania pracy	Rodzaj pracy, jaka będzie wykonywana przez skierowanego bezrobotnego lub poszukującego pracy	Wymagane kwalifikacje, umiejętności i doświadczenie zawodowe niezbędne do wykonywania pracy, jakie powinien posiadać skierowany bezrobotny lub poszukujący pracy
1.				
2.				
3.				

Uzasadnienie konieczności utworzenia stanowiska pracy objętego refundacją:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7. Kwota kosztów obejmujących wypłatę wynagrodzeń brutto oraz opłaconych od tych wynagrodzeń składek na ubezpieczenia społeczne.

Lp.	Stanowisko	Koszt zatrudnienia skierowanej osoby		
		Wynagrodzenie brutto	Wynagrodzenie brutto skierowanej osoby wraz ze składką na ubezpieczenie społeczne płacone przez pracodawcę	Koszt zatrudnienia pracownika w trakcie trwania umowy o refundację kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy
1.				
2.				
3.				

8. Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w poszczególnych 12 miesiącach poprzedzających złożenie wniosku. Jeżeli firma działa krócej niż 12 miesięcy należy podać zatrudnienie w poszczególnych miesiącach.

Do stanu zatrudnienia należy wliczyć wszystkich pracowników wykonujących pracę na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego lub umowy o pracę nakładczą, zgodnie z definicją zatrudnienia zawartą w przepisie art. 2 pkt 51 ustawy o rynku pracy (...). Stosunek pracy z kolei nawiązywany jest na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę. Powyższe oznacza, że pracownika młodocianego, pracownika przebywającego na urlopie bezpłatnym, wychowawczym czy też odbywającego służbę wojskową należy wliczyć do stanu zatrudnienia,

Lp.	Miesiąc, rok	Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		

Liczba zatrudnionych pracowników na dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy wynosi:

Uzasadnienie zmian kadrowych

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

9. Obecna liczba osób wykonujących pracę na podstawie umów innych niż umowa o pracę (umowa zlecenie, umowa o dzieło)

10. Jako formę zabezpieczenia zwrotu refundacji proponuję: poręczenie, weksel in blanco*, weksel z poręczeniem wekslowym (aval), gwarancję bankową, zastaw rejestrowy na prawach lub rzeczach, blokadę środków zgromadzonych na rachunku płatniczym, akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika* (właściwe podkreślić).

* W przypadku wskazania jako formy zabezpieczenia zwrotu refundacji weksla in blanco albo aktu notarialnego o poddaniu się egzekucji przez dłużnika konieczne jest ustanowienie dodatkowego zabezpieczenia zwrotu refundacji.

W związku z powyższym jako dodatkowe zabezpieczenie proponuję :

.....

.....
imię i nazwisko

.....
(podpis wnioskodawcy lub
osoby/osób uprawnionej do
reprezentowania wnioskodawcy)

.....
/ miejscowość, data /

.....
(pieczęć)

Oświadczenie potwierdzające spełnianie warunków, od których zależy przyznanie formy pomocy,

-składa przedsiębiorca, w tym żłobek lub klub dziecięcy lub podmiot świadczący usługi rehabilitacyjne, niepubliczne przedszkole lub niepubliczna inna forma wychowania przedszkolnego lub niepubliczna szkoła

Wnioskodawca oświadcza że na dzień złożenia wniosku:

1. Przez ostatnie 6 miesięcy wykonywałem/ nie wykonywałem* działalność gospodarczą, - dotyczy przedsiębiorcy, w tym żłobka lub klubu dziecięcego lub podmiotu świadczącego usługi rehabilitacyjne.
2. Przez ostatnie 6 miesięcy wykonywałem / nie wykonywałem* działalność na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe - dotyczy niepublicznego przedszkola lub niepublicznej innej formy wychowania przedszkolnego lub niepublicznej szkoły.
3. W okresie ostatnich 6 miesięcy nie zmniejszyłem / zmniejszyłem* wymiar czasu pracy i stan zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia z innych przyczyn – uzupełniłem / nie uzupełniłem / nie dotyczy* wymiar czasu pracy lub stan zatrudnienia.
4. Nie dopełniłem / dopełniłem* obowiązek opłacania składek na ubezpieczenia społeczne, na ubezpieczenie zdrowotne, na Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy oraz na Fundusz Emerytur Pomostowych.
5. Nie zgłosiłem / zgłosiłem* do ubezpieczeń społecznych pracowników lub inne osoby podlegające obowiązkowi zgłoszenia do ubezpieczeń.
6. Nie zalegam / zalegam* z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
7. Nie zalegam / zalegam* z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne.
8. Nie zalegam / zalegam* z opłacaniem innych danin publicznych.
9. Nie posiadam / posiadam* zaległości podatkowych.
10. Nie posiadam / posiadam* nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
11. Spełniam / nie spełniam* wszystkie warunki określone w Procedurze rozpatrywania wniosków o udzielenie z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy w PUP w Kościanie wprowadzonej Zarządzeniem nr 53/25 Starosty Kościańskiego z dnia

16 czerwca 2025r. dostępnej na stronie internetowej Urzędu lub w siedzibie Urzędu.

* niewłaściwe skreślić

„Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”.

Dane podane w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

Ponadto oświadczam, że zdaję sobie sprawę, iż sam fakt złożenia wniosku nie gwarantuje otrzymania refundacji ze środków Funduszu Pracy.

Powiatowy Urząd Pracy w Kościanie informuje, iż na podstawie art. 80 ustawy o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r. poz. 620) publikuje na stronie internetowej urzędu wykaz pracodawców, przedsiębiorców i innych podmiotów, z którymi w okresie ostatnich 2 lat zawarto umowy w ramach form pomocy.

.....
imię i nazwisko

.....
(podpis wnioskodawcy lub
osoby/osób uprawnionej do
reprezentowania wnioskodawcy)

.....
/ miejscowość, data /

.....
(pieczęć)

Załączniki:

1. Klauzula informacyjna składana przez wnioskodawcę stanowiąca załącznik nr 1 do wniosku.
2. Oświadczenie o niekaralności składane przez wnioskodawcę, wszystkie osoby reprezentujące wnioskodawcę i osoby zarządzające wnioskodawcą załącznik nr 2 do wniosku.
3. Klauzula informacyjna składana przez wnioskodawcę, wszystkie osoby reprezentujące wnioskodawcę i osoby zarządzające wnioskodawcą załącznik nr 3 do wniosku.
4. Oświadczenie o dysponowaniu tytułem prawnym do nieruchomości, budynku, lokalu lub pomieszczenia, w którym ma powstać wyposażone lub doposażone stanowisko pracy.
5. Podmiot ubiegający się o pomoc de minimis jest zobowiązany do przedstawienia wraz z wnioskiem o udzielenie pomocy wszystkich zaświadczeń o pomocy de minimis jakie otrzymał w okresie trzech lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, albo oświadczenia o wielkości tej pomocy otrzymanej w tym okresie, albo oświadczenia o nieotrzymaniu takiej pomocy w tym okresie.
6. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.

Oświadczenie potwierdzające spełnianie warunków, od których zależy przyznanie formy pomocy - wypełnia producent rolny

1. W okresie ostatnich 6 miesięcy nie zmniejszyłem / zmniejszyłem* wymiar czasu pracy i stan zatrudnienia pracowników z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a w przypadku zmniejszenia wymiaru czasu pracy lub stanu zatrudnienia z innych przyczyn – uzupełniłem / nie uzupełniłem / nie dotyczy* wymiar czasu pracy lub stan zatrudnienia.
2. Nie dopełniłem / dopełniłem* obowiązków opłacania składek na ubezpieczenia społeczne, na ubezpieczenie zdrowotne, na Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy oraz na Fundusz Emerytur Pomostowych.
3. Nie zgłosiłem / zgłosiłem* do ubezpieczeń społecznych pracowników lub inne osoby podlegające obowiązkowi zgłoszenia do ubezpieczeń.
4. Nie zalegam / zalegam* z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz z wpłatami na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
5. Nie zalegam / zalegam* z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenie społeczne rolników lub na ubezpieczenie zdrowotne.
6. Nie zalegam / zalegam* z opłacaniem innych danin publicznych.
7. Nie posiadam / posiadam* zaległości podatkowych.
8. Nie posiadam / posiadam * nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych
9. Posiadam gospodarstwo rolne / nie posiadam gospodarstwa rolnego* lub prowadzę działę specjalne produkcji rolnej / nie prowadzę działów specjalnych produkcji rolnej* .
10. W okresie ostatnich 6 miesięcy zatrudniałem / nie zatrudniałem* w każdym miesiącu co najmniej jednego pracownika w pełnym wymiarze czasu pracy.
11. Spełniam / nie spełniam* wszystkie warunki określone w Procedurze rozpatrywania wniosków o udzielenie z Funduszu Pracy refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy w PUP w Kościanie wprowadzonej Zarządzeniem nr 53/25 Starosty Kościańskiego z dnia 16 czerwca 2025 r. dostępnej na stronie internetowej Urzędu lub w siedzibie Urzędu.

* niewłaściwe skreślić

„Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”.

Dane podane w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.

Ponadto oświadczam, że zdaję sobie sprawę, iż sam fakt złożenia wniosku nie gwarantuje otrzymania refundacji ze środków Funduszu Pracy.

Powiatowy Urząd Pracy w Kościanie informuje, iż na podstawie art. 80 ustawy o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r. poz. 620) publikuje na stronie internetowej urzędu wykaz pracodawców, przedsiębiorców i innych podmiotów, z którymi w okresie ostatnich 2 lat zawarto umowy w ramach form pomocy.

.....

imię i nazwisko

.....

(podpis producenta rolnego lub
osoby/osób uprawnionej do
reprezentowania producenta rolnego)

.....

/ miejscowość, data /

.....

(pieczęć)

Załączniki:

1. Klauzula informacyjna składana przez wnioskodawcę stanowiąca załącznik nr 1 do wniosku.
2. Oświadczenie o niekaralności składane przez wnioskodawcę, wszystkie osoby reprezentujące wnioskodawcę i osoby zarządzające wnioskodawcą załącznik nr 2 do wniosku.
3. Klauzula informacyjna składana przez wnioskodawcę, wszystkie osoby reprezentujące wnioskodawcę i osoby zarządzające wnioskodawcą załącznik nr 3 do wniosku.
4. Oświadczenie o dysponowaniu tytułem prawnym do nieruchomości, budynku, lokalu lub pomieszczenia, w którym ma powstać wyposażone lub doposażone stanowisko pracy.
5. Dokumenty potwierdzające zatrudnienie w okresie ostatnich 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku, w każdym miesiącu, co najmniej 1 pracownika na podstawie stosunku pracy w pełnym wymiarze czasu pracy oraz dokumenty potwierdzające jego ubezpieczenie.
6. Podmiot ubiegający się o pomoc de minimis jest zobowiązany do przedstawienia wraz z wnioskiem o udzielenie pomocy wszystkich zaświadczeń o pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie jakie otrzymał w okresie trzech lat poprzedzających dzień złożenia wniosku, albo oświadczenia o wielkości tej pomocy otrzymanej w tym okresie, albo oświadczenia o nieotrzymaniu takiej pomocy w tym okresie.
7. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.

**KLAUZULA INFORMACYJNA
dla wnioskodawcy**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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), Powiatowy Urząd Pracy w Kościanie informuje, że:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Kościanie z siedzibą w Kościanie, ul. Ks Prymasa Stefana Wyszyńskiego 8, tel. 65 512-10-55 wew. 200;
- 2) może skontaktować się Pani/Pan z inspektorem ochrony danych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Kościanie za pośrednictwem poczty elektronicznej - iod@koscian.praca.gov.pl lub pod numerem telefonu 65 512-10-55 wew. 253;
- 3) podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. w celu realizacji zadań określonych w ustawie o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025r. poz. 620); dane będą przetwarzane w celu podjęcia działań zmierzających do zawarcia umowy, której zamierza Pani/Pan być stroną, a w przypadku zawarcia umowy jest niezbędne do wykonania tej umowy oraz dochodzenia wynikających z niej roszczeń;
- 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, w szczególności: Starostwo Powiatowe, sądy powszechne oraz podmioty przetwarzające, w szczególności: Ministerstwo Rodziny Pracy i Polityki Społecznej, Sygnity S.A. (dostawca oprogramowania stosowanego w Powiatowym Urzędzie Pracy w Kościanie);
- 5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres wynikający z przepisów prawa, zgodnie z Rzeczowym Wykazem Akt obowiązującym w Powiatowym Urzędzie Pracy w Kościanie;
- 6) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania i usunięcia, po upływie okresu przechowywania wynikającego z Rzeczowego Wykazu Akt obowiązującego w Powiatowym Urzędzie Pracy w Kościanie;
- 7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 8) podanie danych osobowych jest warunkiem zawarcia umowy; niepodanie danych osobowych będzie skutkowało odmową zawarcia umowy;
- 9) Pani/Pana dane nie są przetwarzane w sposób zautomatyzowany.

Oświadczenie

.....
imię i nazwisko

.....
adres

Oświadczam, że podczas pozyskiwania moich danych osobowych Powiatowy Urząd Pracy w Kościanie udzielił mi wszystkich ww. informacji dotyczących przetwarzania moich danych osobowych.

data i podpis