*Załącznik nr 1*

**Dyrektor**

**Powiatowego Urzędu Pracy**

**w Mysłowicach**

**ul. Mikołowska 4a**

**Wniosek o przyznanie bonu na kształcenie ustawiczne**

*Podstawa prawna: art. 107 ustawy z dnia 20 marca 2025r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r. poz. 620.)*

**o udzielenie finansowania na:**

**□ szkolenia**

**□ studia podyplomowe**

**□ potwierdzenia nabycia wiedzy i umiejętności lub uzyskania dokumentów potwierdzających te umiejętności**

**1. Dane wnioskodawcy**

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………...

Adres zamieszkania: ……………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Numer PESEL\*

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

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

E-doręczenie: …………………………………………………………………………………...

Wykształcenie: ………………………………………………………………………………….

Zawód wyuczony: ………………………………………………………………………………

Zawód dotychczas wykonywany: ………………………………………………………………

Posiadane uprawnienia i umiejętności: …………………………………………………………

**\*) w przypadku braku numeru PESEL:**

Rodzaj identyfikatora osobistego w krajach UE/EOG: ………………………………………...

Kraj wydający identyfikator: …………………………………………………………………...

Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: ……………………………….

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

**2. Informacja o kosztach finansowanych w ramach bonu na kształcenie ustawiczne**

**□ Koszty szkoleń:\***

1. Nazwa szkolenia....................................................................................................................

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

1. Koszt szkolenia......................................................................................................................
2. Termin realizacji szkolenia....................................................................................................
3. Liczba godzin szkolenia.........................................................................................................
4. Nazwa i adres instytucji szkoleniowej...................................................................................

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

1. Inne informacje dotyczące wnioskowanego szkolenia...........................................................

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

**□ Koszty studiów podyplomowych:\***

1. Nazwa kierunku……………………………………………………………………………..
2. Nazwa i adres organizatora studiów………………………………………………………...

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

1. Data rozpoczęcia studiów…………………………………………………………………...
2. Data zakończenia studiów…………………………………………………………………...
3. Całkowity koszt studiów podyplomowych………………………………………….złotych

słownie………………………………………………………………………………złotych

**□ Koszty potwierdzenia nabycia wiedzy i umiejętności lub uzyskania dokumentów potwierdzających te umiejętności:\***

1. Potwierdzenie nabycia wiedzy i umiejętności lub dokumentów potwierdzających nabycie wiedzy i umiejętności………………………………………………………………………..

dotyczy zawodu……………………….…………………………………….……………….

1. Nazwa i adres instytucji potwierdzającej nabycie wiedzy i umiejętności lub wydającej dokumenty potwierdzające nabycie tych umiejętności……………………………………..

………………………………………………………………………………………………

1. Termin potwierdzenia nabycia wiedzy i umiejętności lub termin otrzymania dokumentów potwierdzających nabycie tych umiejętności………………………………………………..
2. Całkowity koszt potwierdzenia nabycia wiedzy i umiejętności lub uzyskania dokumentów potwierdzających te umiejętności……………………………….…………………..złotych

Słownie………………………………………………………………………………złotych

**\*) wypełnić jedno właściwe.**

**UWAGA! Powiatowy Urząd Pracy może zawrzeć umowę tylko z instytucją**

**szkoleniową, która posiada aktualny wpis do rejestru instytucji szkoleniowych prowadzonego przez wojewódzki urząd pracy właściwy ze względu na siedzibę instytucji szkoleniowej**

**3. Uzasadnienie celowości przyznania bonu na kształcenie ustawiczne:**

- Czy Pani/Pana zdaniem forma wsparcia, na którą finansowanie Pani/Pan wnioskuje jest konieczna? Jeżeli tak, proszę uzasadnić dlaczego:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Jakie posiada Pani/Pan kwalifikacje i doświadczenie zawodowe związane z kierunkiem wnioskowanej formy wsparcia?

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

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

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

**Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem przyznania bonu na kształcenie ustawiczne w Powiatowym Urzędzie Pracy w Mysłowicach oraz akceptuję jego treść; zostałem/am poinformowany, iż w 2025r. Powiatowy Urząd Pracy w Mysłowicach nie finansuje kosztów dojazdu i noclegu na wyżej wnioskowaną formę wsparcia.**

………………………. …………………………………...

 Data Podpis wnioskodawcy

*Załącznik nr 2*

**Oświadczenie o udziale w szkoleniach finansowanych ze środków Funduszu Pracy w okresie ostatnich trzech lat:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa szkolenia** | **Rok szkolenia** | **Koszt szkolenia** | **Urząd Pracy wydający skierowanie na szkolenie** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Suma kosztów szkoleń** |  |  |

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zobowiązuje się podjąć pracę u pracodawcy (wskazanego w deklaracji pracodawcy)

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

po ukończeniu szkolenia z zakresu……………………………………………………………...

Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, że odmowa przyjęcia propozycji pracy
u w/w pracodawcy, spowoduje wyrejestrowane z powodu odmowy przyjęcia propozycji odpowiedniej pracy.

………………………………… …………………………………

 Podpis pracownika PUP Data i podpis wnioskodawcy

## *Załącznik nr 3*

## Karta informacyjna dotycząca wybranego szkolenia oraz ośrodka szkoleniowego

## (Wypełnia instytucja szkoleniowa)

1. Nazwa instytucji szkoleniowej: ………………………………………………………………………………..……………...……………………………………………………………………………………………….

## Nazwa szkolenia: ……………………..................................................................................................................................................................................................................................................................

## Zakres szkolenia: …………………………………………………………………………………………………………................................................................................................................................

1. Liczba godzin ……………………………………………………………………………………………….
2. Planowany termin szkolenia: ……………………………………………………………………………………………….
3. Koszt szkolenia ……………………………………………………………………………………………….

## NIP instytucji szkoleniowej ………………………………………………………………………………………………

1. Nr w rejestrze instytucji szkoleniowych wojewódzkiego urzędu pracy: ……………………………………………………………………………………………….
2. Nr konta bankowego do opłaty szkolenia: ……………………………………………………………………………………………….

**Poświadczam, że Pani/Pan zgłosił/a chęć uczestnictwa w powyższym szkoleniu. Deklaruję złożenie do PUP w Mysłowicach dokumentów, niezbędnych do zawarcia umowy o realizację szkolenia. Dokumenty zostaną sporządzone niezwłocznie,
po przekazaniu przez PUP w Mysłowicach prośby o przeszkolenie.**

……………………. ………………………………………………

 Data Pieczęć i podpis osoby upoważnionej

####  do reprezentowania ośrodka szkoleniowego

## *Załącznik nr 4*

## Karta informacyjna dotycząca wybranego kierunku studiów oraz uczelni

## (Wypełnia organizator studiów podyplomowych)

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

## Nazwa studiów podyplomowych: ……………………..................................................................................................................................................................................................................................................................

## Zakres kształcenia: …………………………………………………………………………………………………………................................................................................................................................

1. Liczba godzin: ……………………………………………………………………………………………….
2. Planowany termin realizacji zajęć: ……………………………………………………………………………………………….
3. Koszt studiów podyplomowych: ……………………………………………………………………………………………….

## NIP organizatora studiów podyplomowych

## ………………………………………………………………………………………………

1. Nr konta bankowego do opłaty studiów podyplomowych: ……………………………………………………………………………………………….

**Poświadczam, że Pani/Pan zgłosił/a chęć uczestnictwa w powyższych studiach podyplomowych. Deklaruję złożenie do PUP w Mysłowicach dokumentów, niezbędnych do zawarcia umowy o realizację studiów podyplomowych. Dokumenty zostaną sporządzone niezwłocznie, po przekazaniu przez PUP w Mysłowicach prośby o odbycie studiów podyplomowych.**

……………………. …...……………………………………………….

 Data Pieczęć i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania

 instytucji organizującej studia podyplomowe

*Załącznik nr 5*

……………………………........ …………………………….

Pieczęć pracodawcy Miejscowość, data

**DEKLARACJA PRACODAWCY**

|  |
| --- |
| Nazwa Firmy: |
| Adres: |
| NIP: | REGON: |
| Numer telefonu: | Numer faksu; adres e-mail: |
| Osoba uprawniona do reprezentowania Pracodawcy: |

Niniejszym zobowiązuję się do zatrudnienia\* na okres co najmniej 1 miesiąca w ramach umowy o pracę, w pełnym wymiarze czasu pracy, z wynagrodzeniem miesięcznym w wysokości co najmniej minimalnego wynagrodzenia określonego w odpowiednim Rozporządzeniu Rady Ministrów

Pana/Pani………………………………….na stanowisku……………………………………...

 (imię i nazwisko) (nazwa stanowiska)

w terminie do 14 dni od uzyskania kwalifikacji po ukończeniu szkolenia w zakresie: …………………………………………………………………………………………………...

(nazwa szkolenia)

Ponadto oświadczam, że Firma ………………………………………………………. nie zalega z płatnościami w ZUS, KAS oraz innymi zobowiązaniami wobec Skarbu Państwa (w przypadku informacji budzących wątpliwości Powiatowy Urząd Pracy może żądać złożenia dodatkowych zaświadczeń).

……………………………………………

 Podpis i pieczęć osoby upoważnionej
 do reprezentowania pracodawcy

# ***Klauzula informacyjna dla przedsiębiorców/ pracodawców\****

Wypełniając obowiązek prawny, zgodnie z art. 13 i 14 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 (Dz. Urz. UE L 2016 Nr 119, s.1), dalej jako „RODO”, Powiatowy Urząd Pracy w Mysłowicach informuje, iż:

1. Administrator Danych Osobowych - Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy
w Mysłowicach, 41-400 Mysłowice, tel. 32 223 27 21, e-mail: kamy@praca.gov.pl
2. Inspektor Ochrony Danych - w Urzędzie wyznaczono Inspektora Ochrony Danych, można się z nim skontaktować za pośrednictwem poczty elektronicznej e-mail: inspektor@myslowice.pup.gov.pl lub poczty tradycyjnej na adres siedziby Administratora. Pełne dane IOD dostępne na stronie internetowej <https://myslowice.praca.gov.pl/>
w zakładce „Ochrona danych osobowych”.
3. Cel przetwarzania i podstawa prawna - Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu rejestracji w ewidencji pracodawców oraz świadczenia usług urzędu - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz Ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia.
4. Odbiorcy danych osobowych lub kategorie odbiorców - Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane
i udostępniane wyłącznie podmiotom uprawnionym na podstawie obowiązujących przepisów prawa, np. organom państwowym, organom ochrony prawnej (Policja, Prokuratura, Sąd) lub organom samorządu terytorialnego w związku z prowadzonym postępowaniem na podstawie umotywowanego wniosku ze stosowną podstawą prawną. Pani/Pana dane osobowe mogą być także przekazywane podmiotom, które przetwarzają je na zlecenie administratora, tzw. podmiotom przetwarzającym, są nimi np. podmioty świadczące usługi informatyczne, telekomunikacyjne, pocztowe i inne, jednakże przekazanie danych nastąpić może tylko wtedy, gdy zapewnią one odpowiednią ochronę Pani/Pana praw.
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania danych osobowych, nie dłużej niż wynika to z Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt obowiązującego
w Powiatowym Urzędzie Pracy w Mysłowicach.
7. Informacje o prawach osób, których dane dotyczą - w związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo do: dostępu do danych osobowych, sprostowania, żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, prawo do przenoszenia danych i cofnięcia zgody na przetwarzanie.
8. Cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Udzielona zgoda może zostać wycofana przez Panią/Pana w dowolnym momencie.
W szczególnych przypadkach przewidzianych przepisami RODO osoba, której dane dotyczą, ma prawo
w dowolnym momencie wnieść sprzeciw – z przyczyn związanych z jej szczególną sytuacją.
9. Wymienione prawa mogą być ograniczone w sytuacjach, kiedy Powiatowy Urząd Pracy w Mysłowicach jest zobowiązany prawnie do przetwarzania danych w celu realizacji obowiązku ustawowego.
10. Informacje o obowiązku lub dobrowolności podania danych i konsekwencjach niepodania danych - Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. W przypadku nie podania danych nie będzie możliwe udzielenie wsparcia ani skorzystanie z usług Urzędu.
11. Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji - Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.
12. Prawo wniesienia skargi - przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO) (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy prawa.

………………………………………

(Podpis przedsiębiorcy/ pracodawcy potwierdzający zapoznanie się z klauzulą)

**\*) Klauzula dotyczy osób fizycznych**

Załącznik:

- oferta pracy

**Informacja dotycząca Pracodawcy/Przedsiębiorcy wskazanego w Deklaracji Pracodawcy:**

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

…………………… ….………………………………….

Data Podpis Doradcy

 ds. Zatrudnienia/Doradcy Zawodowego

 ………………………………………. ……………………………………..

 Akceptacja Kierownika AZ Akceptacja Zastępcy Dyrektora PUP

*Załącznik nr 6*

………………………….. ……………, dnia ………………..

Pieczęć pracodawcy/przedsiębiorcy

**Badanie rynku dotyczące celowości dofinansowania kosztów studiów podyplomowych w zakresie**

**„………………………………………..”**

Niniejszym oświadczam, że kwalifikacje, jakie uzyska Pan/Pani

…………………………………………..

(imię i nazwisko)

po ukończeniu studiów podyplomowych w w/w zakresie dają możliwość ubiegania się o pracę na stanowisku

…………………………………………

(nazwa stanowiska)

**w przypadku posiadania wolnych miejsc pracy.**

……………………………………………

 Podpis i pieczęć osoby upoważnionej
 do reprezentowania pracodawcy/przedsiębiorcy

………………………….. ……………, dnia ………………..

Pieczęć pracodawcy/przedsiębiorcy

**Badanie rynku dotyczące celowości dofinansowania kosztów studiów podyplomowych w zakresie**

**„………………………………………..”**

Niniejszym oświadczam, że kwalifikacje, jakie uzyska Pan/Pani

…………………………………………..

(imię i nazwisko)

po ukończeniu studiów podyplomowych w w/w zakresie dają możliwość ubiegania się o pracę na stanowisku

…………………………………………

(nazwa stanowiska)

**w przypadku posiadania wolnych miejsc pracy.**

……………………………………………

 Podpis i pieczęć osoby upoważnionej
 do reprezentowania pracodawcy/przedsiębiorcy

………………………….. ……………, dnia ………………..

Pieczęć pracodawcy/przedsiębiorcy

**Badanie rynku dotyczące celowości dofinansowania kosztów studiów podyplomowych w zakresie**

**„………………………………………..”**

Niniejszym oświadczam, że kwalifikacje, jakie uzyska Pan/Pani

…………………………………………..

(imię i nazwisko)

po ukończeniu studiów podyplomowych w w/w zakresie dają możliwość ubiegania się o pracę na stanowisku

…………………………………………

(nazwa stanowiska)

**w przypadku posiadania wolnych miejsc pracy.**

……………………………………………

 Podpis i pieczęć osoby upoważnionej
 do reprezentowania pracodawcy/przedsiębiorcy

**Opinia Doradcy ds. Zatrudnienia/Doradcy Zawodowego w zakresie zgodności wnioskowanego wsparcia z ustaleniami założonymi w Indywidualnym Planie Działania:**

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

…………………………….. …...………………………………………

 Data Podpis Doradcy

 ds. Zatrudnienia/Doradcy Zawodowego

**Opinia Doradcy ds. Zatrudnienia/Doradcy Zawodowego:**

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

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

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

………………………… ..………………………………………….

 Data Podpis Doradcy

 ds. Zatrudnienia/Doradcy Zawodowego

**Decyzja Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Mysłowicach:**

Po rozpatrzeniu wniosku wyrażam / nie wyrażam zgody na przyznanie wnioskodawcy bonu na kształcenie ustawiczne.

……………………………… ………………………………………….

 Data Akceptacja Zastępcy Dyrektora PUP

………………………………………. ………………………………………….

 Akceptacja Kierownika AZ Podpis Dyrektora Urzędu

## **Załącznik nr 7**

………….…………………………… Mysłowice, dnia ………………………….

 (pieczęć PUP w Mysłowicach)

# BON NA KSZTAŁCENIE USTAWICZNE

# Nr ewidencyjny bonu na kształcenie ustawiczne: …….………………………………………...

# Ważny od ………………………………….…….. do………………………………………….

Wartość bonu ……………………...……………………………………………………………

# Dane osoby bezrobotnej lub poszukującej pracy, której przyznano bon na kształcenie ustawiczne:

# Imię i nazwisko: ………………………………………………………………

# PESEL ………………………………………………………………………..

Seria i nr dowodu osobistego…………………………………………………

# Niniejszy bon na kształcenie ustawiczne wydany został na podstawie art. 107 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia i stanowi gwarancję skierowania osoby bezrobotnej lub poszukującej pracy na wskazaną we wniosku formę wsparcia. Jego realizacja będzie odbywać się na warunkach, które zostaną określone w ramach umowy, pomiędzy PUP a osobą bezrobotną lub poszukującą pracy.

………………………………… ……………………………...

 Podpis pracownika PUP wydającego bon Podpis i pieczęć Dyrektora Urzędu

Oświadczam, że zobowiązuję się do zwrotu poniesionych kosztów w przypadku nie przystąpienia, przerwania lub nie ukończenia z własnej winy sfinansowanych z Funduszu Pracy form pomocy.

…………………… ……………………………………

Data Podpis wnioskodawcy

**Potwierdzenie odbioru bonu na kształcenie ustawiczne:**

W dniu…………………………………………………………………………

Pani/Panu………………………………………………………………………

Wydano bon na kształcenie ustawiczne o nr ewidencyjnym……………………………….

…………………… …….…………………………………….

 Data Podpis pracownika PUP wydającego bon

**Potwierdzam odbiór bonu na kształcenie ustawiczne:**

…………………… ………………………………………….

 Data Podpis wnioskodawcy

##