

Wymagane dokumenty do rejestracji

Wraz z uzupełnioną kartą rejestracyjną należy załączyć kopie niżej wymienionych dokumentów:

Lp. Rodzaj dokumentu	Sytuacja, w której wymagane jest przedłożenie dokumentu
1. Dowód osobisty	<u>w przypadku meldunku czasowego wymagane jest zaświadczenie o zameldowaniu czasowym</u>
2. Kopia dyplomu, świadectwa ukończonej szkoły ponadpodstawowej wraz z dyplomem potwierdzającym kwalifikacje zawodowe	WYMAGANE
3. Zaświadczenia o ukończeniu kursów oraz potwierdzające uprawnienia zawodowe	dotyczy osób, które mają dodatkowe kwalifikacje
4. Kopie wszystkich świadectw pracy lub świadectw służby	WYMAGANE
5. Aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego oraz inne dokumenty świadczące o sprawowanych obowiązkach	dotyczy osób, które sprawują funkcje reprezentacyjne w spółce
6. Zaświadczenie z ZUS o okresie podlegania i OPLACANIA składek z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej oraz wysokości podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy	nie dotyczy osób, które opłacały składki z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej w wysokości 30% minimalnego wynagrodzenia
7. Zaświadczenie o okresie pracy z wyszczególnieniem wynagrodzenia brutto za każdy miesiąc oraz informacją czy były odprowadzane składki na ZUS i Fundusz Pracy	dotyczy osób, które były zatrudnione: w niepełnym wymiarze czasu pracy, na umowę zlecenie, umowę o świadczenie usług, umowę o pracę nakładczą, umowę agencyjną, w zakładzie karnym
8. Zaświadczenie z ZUS potwierdzające okres pobierania świadczeń tj: zasiłek chorobowy, macierzyński, zasiłek w wysokości zasiłku macierzyńskiego, świadczenie rehabilitacyjne, renta z tytułu niezdolności do pracy lub służby, renta szkoleniowa oraz podstawę jego wymiaru	dotyczy osób, które pobierały świadczenie z ZUS poza okresem zatrudnienia, w przypadku renty nie wymaga się podstawy wymiaru składki

- | | |
|--|--|
| 9. Aktualna decyzja o wysokości renty rodzinnej | dotyczy osób pobierających rentę rodzinną |
| 10. Zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej o okresie pobierania gwarantowanego zasiłku okresowego | dotyczy osób, które taki zasiłek pobierały |
| 11. Książeczka wojskowa | dotyczy osób, które odbywały służbę wojskową |
| 12. Orzeczenie potwierdzające stopień niepełnosprawności | wymagane w przypadku osób posiadających taki dokument |
| 13. Dokument o przeciwwskazaniach do wykonywania określonych prac | dotyczy osób, które posiadają taki dokument |
| 14. Zaświadczenie o powierzchni nieruchomości rolnej wyrażonej w ha przeliczeniowych | dotyczy osób będących właścicielami, posiadaczami samoistnymi lub zależnymi nieruchomości rolnej |
| 15. Decyzja z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego o niepodleganiu ubezpieczeniu społecznemu rolników | dotyczy domowników w gospodarstwie rolnym o powierzchni użytków rolnych przekraczających 2 ha przeliczeniowe |
| 16. Świadczenie zwolnienia | dotyczy osób, które przebywały w zakładzie karnym |
| 17. Zaświadczenie o wykonywaniu pracy w zakładzie karnym | dotyczy osób, które przebywały w zakładzie karnym |

KARTA REJESTRACYJNA BEZROBOTNEGO (bezrobotny wypełnia dane zamieszczone na jasnym tle)

1	Numer bezrobotnego w rejestrze w powiatowym urzędzie pracy	2	Okres przysługiwania prawa do zasiłku	Okres uprawniający do zasiłku	Podstawa prawna przyznania zasiłku	2	Nr ewid. PESEL
A. DANE OSOBOWE							
2a		2b		2b			
4		4		5			
Data i miejsce urodzenia		Nr NIP		Nr ROR ²⁾			
Nazwisko		Imiona		Imiona rodziców			
Nazw. rodowe		Nazw. imiona		Ojca			
Nazw. imiona		Nazw. matki		Matki			
6a		6a		6a		6a	
Data dzień m-c rok		Data dzień m-c rok		Data dzień m-c rok		Data dzień m-c rok	
6b		6b		6b		6b	
rejestracji:		rejestracji:		rejestracji:		rejestracji:	
Rejestrowany po raz: . . .		Rejestrowany po raz: . . .		Rejestrowany po raz: . . .		Rejestrowany po raz: . . .	
Po: 1-pracach; 2-rob.publ.		Po: 1-pracach; 2-rob.publ.		Po: 1-pracach; 2-rob.publ.		Po: 1-pracach; 2-rob.publ.	
3-skoleniu; 4-służb; 5-inne		3-skoleniu; 4-służb; 5-inne		3-skoleniu; 4-służb; 5-inne		3-skoleniu; 4-służb; 5-inne	
11		11		11		11	
Dokument tożsamości		Dokument tożsamości		Dokument tożsamości		Dokument tożsamości	
rodzaj		rodzaj		rodzaj		rodzaj	
dokumentu		dokumentu		dokumentu		dokumentu	
seria		seria		seria		seria	
numer		numer		numer		numer	
12		12		12		12	
Adres zameldowania na pobyt czasowy na okres do dnia		Adres zameldowania na pobyt czasowy na okres do dnia		Adres zameldowania na pobyt czasowy na okres do dnia		Adres zameldowania na pobyt czasowy na okres do dnia	
Kod poczty		Kod poczty		Kod poczty		Kod poczty	
Ulica - wieś		Ulica - wieś		Ulica - wieś		Ulica - wieś	
13		13		13		13	
Adres do korespondencji		Adres do korespondencji		Adres do korespondencji		Adres do korespondencji	
Kod pocztowy		Kod pocztowy		Kod pocztowy		Kod pocztowy	
Ulica - wieś		Ulica - wieś		Ulica - wieś		Ulica - wieś	
Nr domu, nr mieszkania		Nr domu, nr mieszkania		Nr domu, nr mieszkania		Nr domu, nr mieszkania	
17		17		17		17	
Zawód wykonywany		Zawód wykonywany		Zawód wykonywany		Zawód wykonywany	
18		18		18		18	
Zawód wykonywany		Zawód wykonywany		Zawód wykonywany		Zawód wykonywany	
19		19		19		19	
Znajomość języków obcych		Znajomość języków obcych		Znajomość języków obcych		Znajomość języków obcych	
(stopień znajomości: 1 - słaby		(stopień znajomości: 1 - słaby		(stopień znajomości: 1 - słaby		(stopień znajomości: 1 - słaby	
2 - biegły)		2 - biegły)		2 - biegły)		2 - biegły)	
1.		1.		1.		1.	
2.		2.		2.		2.	
3.		3.		3.		3.	
20		20		20		20	
Specjalne uprawnienia zawodowe		Specjalne uprawnienia zawodowe		Specjalne uprawnienia zawodowe		Specjalne uprawnienia zawodowe	
21		21		21		21	
Jestem niepełnosprawnym (a) - posiadam		Jestem niepełnosprawnym (a) - posiadam		Jestem niepełnosprawnym (a) - posiadam		Jestem niepełnosprawnym (a) - posiadam	
orzeczenie o niepełnosprawności		orzeczenie o niepełnosprawności		orzeczenie o niepełnosprawności		orzeczenie o niepełnosprawności	
TAK		TAK		TAK		TAK	
NIE ³⁾		NIE ³⁾		NIE ³⁾		NIE ³⁾	
22		22		22		22	
Rodzaj niepełnosprawności		Rodzaj niepełnosprawności		Rodzaj niepełnosprawności		Rodzaj niepełnosprawności	
1.		1.		1.		1.	
2.		2.		2.		2.	
3.		3.		3.		3.	
23		23		23		23	
Nazwa ostatniego pracodawcy		Nazwa ostatniego pracodawcy		Nazwa ostatniego pracodawcy		Nazwa ostatniego pracodawcy	
Nr REGON		Nr REGON		Nr REGON		Nr REGON	
Sektora		Sektora		Sektora		Sektora	
Klasa		Klasa		Klasa		Klasa	
Podst. rodzaj działalności wg PKD ³⁾		Podst. rodzaj działalności wg PKD ³⁾		Podst. rodzaj działalności wg PKD ³⁾		Podst. rodzaj działalności wg PKD ³⁾	

1) niepotrzebne skreślić

2) ROR - nr rachunku oszczędnościowo-rozliczeniowego lub nr rachunku bankowego

3) rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 20 stycznia 2004 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz.U.Nr 33 poz. 289 z późn. zm.)

C OŚWIADCZENIE BEZROBOTNEGO

1. Jestem osobą niezatrudnioną i niewykonyującą innej pracy zarobkowej, zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia:
 - a) w pełnym wymiarze czasu pracy obowiązującego w danym zawodzie lub służbie*
 - b) co najmniej w połowie wymiaru czasu pracy, gdyż jestem osobą niepełnosprawną lecz stan zdrowia pozwala mi na podjęcie pracy w tym wymiarze*
2. Nie uczę się w szkole, z wyjątkiem szkoły dla dorosłych lub przystępuję do egzaminu eksternistycznego z zakresu programu nauczania tej szkoły, branżowej szkoły II stopnia i szkoły policealnej, prowadzącej kształcenie w formie stacjonarnej lub zaocznej lub w szkole wyższej, gdzie studiuję na studiach niestacjonarnych.
3. Nie nabyłem(am) prawa do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, renty szkoleniowej, renty społecznej, renty rodzinnej w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę.
4. Nie pobieram zasiłku przedemerytalnego, świadczenia przedemerytalnego, nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego, świadczenia rehabilitacyjnego, świadczenia szkoleniowego, zasiłku chorobowego, macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego po ustaniu zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub zaprzestaniu prowadzenia pozarolniczej działalności.
5. Nie nabyłem(am) prawa do emerytury albo renty z tytułu niezdolności do pracy, przyznanej przez zagraniczny organ emerytalny lub rentowy, w wysokości co najmniej najniższej emerytury albo renty z tytułu niezdolności do pracy, o których mowa w ustawie z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.
6. Nie jestem właścicielem lub posiadaczem (samoistnym lub zależnym) nieruchomości rolnej o powierzchni użytków rolnych powyżej 2 ha przeliczeniowych, ani gospodarstwa stanowiącego dział specjalny produkcji rolnej w rozumieniu przepisów podatkowych
7. Nie podlegam ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu z tytułu stałej pracy jako współmałżonek lub domownik w gospodarstwie rolnym o powierzchni użytków przekraczającej 2 ha przeliczeniowe lub stanowiącym dział specjalny produkcji rolnej w rozumieniu przepisów podatkowych.
8. Nie złożyłem wniosku o wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o działalności gospodarczej. Posiadam wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o działalności gospodarczej - data wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej:..... - data rozpoczęcia działalności gospodarczej:.....
9. Nie podlegam obowiązkowi ubezpieczenia społecznego lub zaopatrzenia emerytalnego (nie dotyczy ubezpieczenia społecznego rolników).
10. Nie jestem osobą tymczasowo aresztowaną i nie odbywam kary pozbawienia wolności, z wyjątkiem kary pozbawienia wolności odbywanej poza zakładem karnym w systemie dozoru elektronicznego.
11. Nie uzyskuję miesięcznie przychodu w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę, z wyjątkiem przychodów uzyskanych z tytułu odsetek lub innych przychodów od środków pieniężnych zgromadzonych na rachunkach bankowych.
12. Nie pobieram, na podstawie przepisów o pomocy społecznej, zasiłku stałego.
13. Nie otrzymałem(am) pożyczki z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub instytucji z udziałem środków publicznych na podjęcie działalności pozarolniczej lub rolniczej. Nie otrzymałem(am) jednorazowo środków na podjęcie działalności gospodarczej z Funduszu Pracy.
14. Nie otrzymałem(am) jednorazowo środków z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych lub instytucji z udziałem środków publicznych na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej lub na wniesienie wkładu do spółdzielni społecznej.
15. Nie pobieram, na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, świadczenia pielęgnacyjnego, specjalnego zasiłku opiekuńczego lub dodatku do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania.
16. Nie pobieram po ustaniu zatrudnienia świadczenia szkoleniowego.
17. Nie pobieram na podstawie przepisów o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów zasiłku dla opiekuna.

18. Nie rozpocząłem(am) realizacji indywidualnego programu zatrudnienia socjalnego w rozumieniu przepisów o zatrudnieniu socjalnym lub nie podpisałem(am) kontraktu socjalnego
19. Otrzymałem(am) jednorazowo ekwiwalent pieniężny za urlop górniczy TAK / NIE *
lub jednorazowo odprawę zamiast zasiłku socjalnego - przewidzianych w Ukladzie Zbiorowym Pracy dla Pracowników Zakładów Górniczych TAK / NIE *
przy czym upłynął okres, za jaki został wypłacony ww. ekwiwalent lub odprawa TAK / NIE *
20. Nie jestem zarejestrowany(a) w innym urzędzie pracy
21. Zobowiązuję się do zwrotu otrzymanego zasiłku, stypendium lub innego świadczenia pieniężnego finansowanego z Funduszu Pracy w przypadku otrzymania za ten sam okres emerytury, świadczenia przedemerytalnego, renty z tytułu niezdolności do pracy, renty szkoleniowej, renty rodzinnej w wysokości przekraczającej połowę minimalnego wynagrodzenia za pracę, renty społecznej, zasiłku macierzyńskiego, zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego, zasiłku chorobowego lub świadczenia rehabilitacyjnego, jeżeli organ rentowy, który przyznał świadczenie, nie dokonał stosownych potrąceń.
22. Zobowiązuję się do zawiadomiania powiatowego urzędu pracy o wszelkich zmianach w danych przekazywanych w trakcie rejestracji oraz w złożonych oświadczeniach, w terminie 7 dni od dnia ich wystąpienia oraz do zwrotu nieależnie pobranego świadczenia, w przypadku niespełnienia warunków wymienionych w ustawie
23. Zostałem(lam) pouczony(na) o obowiązku:
 - a) zgłaszania się w wyznaczonych terminach w powiatowym urzędzie pracy,
 - b) składania lub przysyłania pismem oświadczenia o przychodach - pod rygorem odpowiedzialności karnej - oraz innych dokumentów niezbędnych do ustalenia uprawnień do świadczeń przewidzianych w ustawie w terminie 7 dni od dnia uzyskania przychodów,
 - c) zawiadomienia powiatowego urzędu pracy o zamierzonym wyjeździe za granicę lub innej okoliczności powodującej brak gotowości do pracy,
 - d) powiadomienia powiatowego urzędu pracy w terminie 7 dni od wyznaczonego dnia o przyczynie niestawienia.
 - e) powiadomienia powiatowego urzędu pracy o udziale - bez skierowania starosty - w szkoleniu finansowanym z publicznych środków wspólnotowych i publicznych środków krajowych, organizowanym przez inny podmiot niż PUP w terminie 7 dni przed dniem rozpoczęcia szkolenia.
 - f) przedstawienia zaświadczenia o niezdolności do pracy wskutek choroby lub opieki nad chorym członkiem rodziny na druku określonym w odrębnych przepisach, w przypadku niezdolności do pracy wskutek choroby, z wyjątkiem odbywania leczenia w zamkniętym ośrodku odwykowym.
24. Przekazane uprzednio dane uległy / nie uległy zmianie. **

Wyrażam / nie wyrażam * zgodę na udział w badaniach rynku pracy prowadzonych przez publiczne służby zatrudnienia, organy administracji rządowej lub samorządowej lub na ich

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, iż wszystkie podane przeze mnie w trakcie rejestracji dane są zgodne ze stanem faktycznym oraz zostałem pouczony o warunkach zachowania statusu bezrobotnego.

(podpis pracownika powiatowego urzędu pracy)

(data)

(podpis bezrobotnego)

D. STAWIENICTWO W URZĘDZIE PRACY I PROPOZYCJE PRZEDŁOŻONE BEZROBOTNEMU

Wyznaczona data stawienia się	Data stawienia się	Przedłożone propozycje (rodzaj propozycji, nazwa pracodawcy itp.)	Przyczyna odmowy	Podpis bezrobotnego	Uwagi i podpis pracownika powiatowego urzędu pracy

E. ADNOTACJE URZĘDU PRACY

27 Z dniem kartę wyłączone z rejestru z powodu:

..... data i podpis pracownika powiatowego urzędu pracy



**STAROSTA POWIATU MYŚLENICKIEGO
POWIATOWY URZĄD PRACY**

ul. Drogowców 2, 32-400 Myślenice, tel. 12 372-96-00, fax 12 272-35-01

E-mail: kmv@praca.gov.pl pup.myslenice@praca.myslenice.pl www.myslenice.praca.gov.pl



.....
Imię i Nazwisko osoby składającej oświadczenie

.....
data urodzenia

.....
miejsce urodzenia

.....
Adres

OŚWIADCZENIE

Świadomy(a) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, że:

1. **poszukuję zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej /art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy Dz. U. 2019 poz. 1482 z późn. zmianami/;**
2. **zostałem/am pouczony/a o obowiązku składania lub przesyłania powiatowemu urzędowi pracy pisemnego oświadczenia o przychodach pod rygorem odpowiedzialności karnej oraz innych dokumentów niezbędnych do ustalenia uprawnień przewidzianych w ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, w terminie 7 dni od dnia uzyskania przychodów /art. 75 ust 6 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy Dz. U. 2019 poz. 1482 z późn. zm./;**
3. **zostałem/am poinformowany o możliwości zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członków mojej rodziny (zgłoszenia członka rodziny dokonuje się po złożeniu przez bezrobotnego odrębnego wniosku pod nazwą: „Zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego rodziny”);**
4. **zostałem poinformowany o możliwości skorzystania ze szkoleń organizowanych przez Urząd (udział w procedurze rekrutacyjnej wymaga uzupełnienia przez bezrobotnego odrębnego wniosku pod nazwą: „Zgłoszenie na szkolenie”);**
5. **a) nie złożyłem/am wniosku o wpis do ewidencji działalności gospodarczej¹ albo po złożeniu wniosku o wpis:
b) zgłosiłem/am do ewidencji działalności gospodarczej wniosek o zawieszenie wykonywania działalności i okres ten nie upłynął albo
c) nie upłynął jeszcze okres do, określonego we wniosku o wpis do ewidencji działalności gospodarczej dnia podjęcia tej działalności.**

.....
data i podpis osoby bezrobotnej

.....
data i podpis pracownika PUP

¹ Właściwe zaznaczyć

Imię i Nazwisko

Nr ewidencyjny RKS

Adres

Data rejestracji

OŚWIADCZENIE DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam że:

- Jestem właścicielem, posiadaczem (dzierżawcą, użytkownikiem) gospodarstwa rolnego o powierzchni użytków rolnych powyżej 1 ha przeliczeniowego i podlegam z tego tytułu obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu i zdrowotnemu w KRUS - **TAK/ NIE***
- Jestem współmałżonkiem lub domownikiem rolnika posiadającego gospodarstwo rolne o powierzchni powyżej 1 ha przeliczeniowego i podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu i zdrowotnemu w KRUS – **TAK / NIE**
- Jestem uprawniony (a) do świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej lub prawomocnego orzeczenia sądu i zostałem(am) poinformowany(a), że sam(a) dokonuję zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego z tego tytułu jak również sam(a) rozliczam i opłacam składkę z tego tytułu – **TAK / NIE**
- Pobieram rentę rodzinną **TAK / NIE**
- Poinformuję Powiatowy Urząd Pracy w Myślenicach w terminie 7 dni o każdej zmianie mającej wpływ na moje uprawnienia do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego oraz zgłoszonych przeze mnie członków rodziny. Jestem świadomy/a, że pomimo niedopełnienia tego obowiązku, członkowie rodziny **utracą prawo do świadczeń ubezpieczenia zdrowotnego z dniem niespełnienia warunków** ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 z poz.2135 z późn zm.)
- Przyjąłem(łam) do wiadomości, że w przypadku utraty przeze mnie statusu osoby bezrobotnej, wygasa ubezpieczenie moje oraz zgłoszonych przeze mnie członków rodziny.
- Upoważniam Powiatowy Urząd Pracy w Myślenicach do podpisywania w moim imieniu druków zgłoszeniowych do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego.

Urząd **zaprzestał opłacać / opłaca** * składkę na powszechne ubezpieczenie zdrowotne od dnia.....

.....
dnia / podpis bezrobotnego

.....
dnia / podpis pracownika PUP

Pouczenie

Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. 2004 Nr 210 z poz. 2135 z późn. zm.)

Osoby bezrobotne zostają zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego przez powiatowy urząd pracy, jeżeli nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.

Za „członka rodziny” uznaje się następujące osoby:

- a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuka albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej, do ukończenia przez nie 18 lat, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia 26 lat, natomiast jeżeli posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi – bez ograniczenia wieku,
- b) małżonka,
- c) wstępnych pozostających z ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym.

*niepotrzebne skreślić



**STAROSTA POWIATU MYŚLENICKIEGO
POWIATOWY URZĄD PRACY**

Ul. Drogowców 2, 32-400 Myślenice, tel. 372-96-00, fax 272-35-01

E-mail: krmy@praca.gov.pl pup.myslenice@praca.myslenice.pl www.praca.myslenice.pl



Myślenice, dnia

INFORMACJA W SPRAWIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

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 („Rozporządzenie Ogólne”) Powiatowy Urząd Pracy w Myślenicach informuje, że:

Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Myślenicach, ul. Drogowców 2, 32-400 Myślenice, dane kontaktowe: adres e-mail: krmy@praca.gov.pl; telefon **12 372-96-00**.

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych:

adres e-mail: iod@praca.myslenice.pl

Telefon **12 372-96-04**, adres do korespondencji: **ul. Drogowców 2, 32-400 Myślenice**

Przetwarzamy Państwa dane osobowe w celach realizacji zadań i zapewnienia pomocy wynikającej z ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, która stanowi główną podstawę do przetwarzania Państwa danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit. c Rozporządzenia Ogólnego) oraz na podstawie innych przepisów prawa obowiązujących powiatowy urząd pracy.

Podanie przez Państwa danych osobowych jest wymogiem ustawowym, odbywa się na podstawie przepisu prawa. Jest niezbędne dla realizacji zadań Urzędu. Mają Państwo prawo do odmowy podania danych osobowych, jednak w konsekwencji uniemożliwi to skorzystanie z pomocy oferowanej przez Urząd.

W związku z przetwarzaniem danych odbiorcami Pana/i danych mogą być:

- a) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa
- b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z PUP Myślenice przetwarzają dane osobowe, dla których Administratorem jest Powiatowy Urząd Pracy w Myślenicach reprezentowany przez Dyrektora Urzędu

Pana/i dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowej.

Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres realizacji celu, dla którego zostały zebrane oraz przez okres niezbędnego ich przechowywania dla celów archiwizacji zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Przysługuje Państwu prawo wglądu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania. W razie uznania, że przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia Ogólnego, mają Państwo prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią powyższej informacji.

.....
czytelny podpis (imię i nazwisko)

.....
data i podpis osoby przyjmującej dokument

.....
data urodzenia osoby składającej podpis



**STAROSTA POWIATU MYŚLENICKIEGO
POWIATOWY URZĄD PRACY**

Ul. Drogowców 2, 32-400 Myślenice, tel. 372-96-00, fax 272-35-01

FILIA PUP W DOBCZYCACH ; Ul. Szkolna 20b, 32-410 Dobczyce

E-mail: kmy@praca.gov.pl pup.myslenice@praca.myslenice.pl www.praca.myslenice.pl



Znak:

.....
Imię Nazwisko osoby składającej oświadczenie

.....
Adres

SYTUACJA RODZINNA BEZROBOTNEGO LUB POSZUKUJĄCEGO PRACY				
Lp	Nazwisko i Imię	pokrewieństwo	Miejsce pracy	Data urodzenia
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Oświadczam, że:

nie korzystam z pomocy Ośrodka Pomocy Społecznej .

korzystam z pomocy społecznej w miejscowości ;

w formie świadczenia (rodzaj świadczenia)

w okresie od dniado dnia

.....
Data i podpis