

Data wpływu

nr rejestru

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE
ZE ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU
REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH
KOSZTÓW SZKOLENIA**

I. INFORMACJA O WNIOSKODAWCY:

1. Nazwisko i imię:

2. Dowód osobisty: seria nr

3. Miejsce zamieszkania (z kodem):

.....

4. Telefon:

5. Nr PESEL: NIP:

6. Rok urodzenia:

7. Wykształcenie:

podstawowe zawodowe średnie ogólne średnie zawodowe wyższe

zawód wyuczony:

zawód dotychczas wykonywany:

ukończone kursy:

8. Data rejestracji w Powiatowym Urzędzie Pracy w Szczecinie:

9. Najbliższy (wyznaczony) termin stawienia się w Powiatowym Urzędzie Pracy:

II. OPIS WNIOSKOWANEGO KIERUNKU SZKOLENIA

1. Wnioskowany kierunek szkolenia:

.....

.....

2. Uzasadnienie ubiegania się o szkolenie lub przekwalifikowanie:

.....

.....

.....

.....

.....

3. Oferta instytucji szkoleniowej:

nazwa instytucji szkoleniowej:

.....

nazwa kursu (szkolenia):

.....

termin rozpoczęcia i przewidywany czas trwania kursu:

.....

przewidywany koszt szkolenia:

wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków PFRON:

4. Czy zachodzi konieczność korzystania z pomocy tłumacza języka migowego albo lektora dla niewidomych lub osoby towarzyszącej osobie niepełnosprawnej ruchowo zaliczonej do znacznego stopnia niepełnosprawności albo też innej pomocy?

Jeśli tak, podaj rodzaj pomocy:

5. Dodatkowe informacje dotyczące kursu (wypełnia powiatowy urząd pracy):

.....

.....

III. OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:

1. O wysokości dochodów i liczbie osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

1) miesięczny dochód wnioskodawcy:

2) miesięczny dochód współmałżonka wnioskodawcy:

3) miesięczne dochody innych osób pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

.....

4) liczba osób (łącznie z wnioskodawcą) pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

.....

2. Informacja o kwotach przyznanych wcześniej środków PFRON:

1) numer zawartej umowy:

2) cel i data przyznania dofinansowania oraz stan rozliczenia:

.....

.....

(data)

.....

(podpis Wnioskodawcy)

INFORMACJA

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 (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.05.2016 r), dalej RODO:

- 1) Administratorem danych osobowych powierzonych przez Wnioskodawcę jest Powiatowy Urząd Pracy w Szczecinie z siedzibą w Szczecinie, przy ul. Mickiewicza 39, 70-383 Szczecin, reprezentowanym przez Dyrektora Urzędu;
- 2) W Powiatowym Urzędzie Pracy w Szczecinie jest powołany Inspektor ochrony danych; dane kontaktowe: tel. +48 91 4254926, e-mail: iod@pupszczecin.pl;
- 3) Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 511 t.j. ze zm.) oraz z ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2018 poz. 1265 t.j.) na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. b, c, f oraz Art. 9 ust.2 lit. b, f, g - RODO;
- 4) Osoba, której dane osobowe zostały powierzone posiada prawo do: żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania;
- 5) Osoba, której dane osobowe zostały powierzone ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym w Polsce jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO;
- 6) Podanie danych osobowych w zakresie wymaganym ustawodawstwem - ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełno-

