**Załącznik nr 1 do Regulaminu**

Piaseczno, dnia ........................

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

*(pieczęć firmowa Wnioskodawcy)*

**Starosta Piaseczyński**

za pośrednictwem

**Dyrektora**

**Powiatowego Urzędu Pracy**

**w Piasecznie**

**Wniosek o** **zwrot** **podmiotowi prowadzącemu Dom Pomocy Społecznej lub jednostce organizacyjnej Wspierania Rodziny i Systemu Pieczy Zastępczej części lub całości kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne**

*zgodnie z art. 57a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity – Dz. U z 2025 r. poz.214).*

**WNIOSKOWANA LICZBA BEZROBOTNYCH LUB POSZUKUJĄCYCH PRACY DO ZATRUDNIENIA**

* **W PEŁNYM WYMIARZE CZASU PRACY:……………………**
* **W NIEPEŁNYM WYMIARZE CZASU PRACY:………………..**

**A. INFORMACJE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY:**

1. Nazwa podmiotu prowadzącego DPS albo jednostki organizacyjnej Wspierania Rodziny i Systemu Pieczy Zastępczej:

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

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

2. Adres siedziby:

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

tel.: ...................................... fax: .......................................... e-mail: ........................................................................

3. Miejsce prowadzenia działalności:

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

4. Numer NIP (jeśli został nadany): ..................................................   
 REGON (jeśli został nadany): ............................................  
 PKD (przeważające): .........................................................

5. Oznaczenie formy organizacyjno-prawnej prowadzonej działalności:…………………………………………..

6. Wnioskodawca jest: (***odpowiednie zakreślić***)

* podmiotem prowadzącym Dom Pomocy Społecznej, o którym mowa w art. 57 ust. 1 ustawy

z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;

* jednostką organizacyjną Wspierania Rodziny i systemu Pieczy Zastępczej, o której mowa w art. 2 ust. 3 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

7. Numer z rejestru domów pomocy społecznej prowadzonego przez wojewodę (w przypadku Domów Pomocy Społecznej):……………………………………………………………..………………………………………..….

8. Forma opodatkowania………………………………………………………………………………………….…

9. Data rozpoczęcia działalności: ...............................................................................................................................

10. Termin dokonywania wypłaty wynagrodzeń pracownikom (***odpowiednie zakreślić***)

* - w miesiącu, za który przysługuje wynagrodzenie,
* - w miesiącu następnym po miesiącu, za który przysługuje wynagrodzenie.

11. Liczba pracowników zatrudnionych u pracodawcy w ramach umowy o pracę:………………………………... …………………………………………………………………………………….....................................................

12. Wysokość stopy procentowej składki na ubezpieczenie wypadkowe (zgodnie z deklaracją ZUS DRA): …......

13. Nazwa banku i numer rachunku bankowego: ………………..……………………………………………….

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

14. Imię i nazwisko, zajmowane stanowisko i telefon kontaktowy osoby upoważnionej do kontaktów z PUP:

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

**INFORMACJE DOTYCZĄCE DOFINANSOWANIA WYNAGRODZENIA:**

1. Liczba osób bezrobotnych lub poszukujących pracy proponowanych do zatrudnienia………………………….

2. Imię i nazwisko wskazanego/ych bezrobotnego/ych lub poszukującego/ych pracy*\**:…………………………

3. Planowany okres zatrudnienia bezrobotnego/nych lub poszukującego/ych pracy:………….…………………..

4. Miejsce i rodzaj prac (nazwa stanowiska), które mają być wykonywane przez skierowanego/ych bezrobotnego/ych lub poszukującego/ych pracy:

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

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

5. Niezbędne lub pożądane kwalifikacje oraz inne wymogi (w tym poziom i kierunek wykształcenia):

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

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

6.Wysokość proponowanego wynagrodzenia brutto dla skierowanego/ych bezrobotnego/ych lub poszukującego/ych pracy: ..................................... zł/m-c dla 1 osoby,

7. Wnioskowany okres refundacji (proszę podać orientacyjny termin): od ............................do…………………..

8. Wnioskowana wysokość refundacji wynagrodzenia: ................................... zł/m-c.

9. Łączna wnioskowana wysokość refundacji……………….zł.

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

*(data) (podpis i pieczątka Wnioskodawcy)*

*\* DPS lub jednostka organizacyjna WRiPZ może wskazać we wniosku imię i nazwisko osoby bezrobotnej lub poszukującej pracy, za którą otrzyma zwrot części lub całości kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenie społeczne*

**OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:**

1. **Oświadczam, że:**

- **jestem** / **nie jestem**\* beneficjentem pomocy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r.   
o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej ( *Dz. U. z 2023 r. poz.702 ze zm..);*

- nie zataiłem prawdy, a powyżej zamieszczone dane są prawdziwe;

- nie zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy oraz wpłat na Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych;

- nie zalegam w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;

- **jestem** / **nie jestem**\* przedsiębiorcą w myśl ustawy - Prawo przedsiębiorców oraz inne ustawy dotyczące działalności gospodarczej (*Dz.U. z 2024 r poz. 236 ze zm.*);

- skierowani bezrobotni lub poszukujący pracy otrzymają wszelkie uprawnienia wynikające z przepisów prawa pracy, z tytułów ubezpieczeń społecznych i norm wewnątrzzakładowych, przysługujące zatrudnionym pracownikom;

- jestem świadomy, iż rozwiązać umowę o pracę mogę tylko w przypadku naruszenia przez pracownika obowiązków pracowniczych;

- w przypadku niewywiązania się z warunków umowy zawartej z Powiatowym Urzędem Pracy, zobowiązuję się do zwrotu otrzymanego dofinansowania wraz z odsetkami ustawowymi naliczonymi od całości uzyskanej pomocy od dnia otrzymania pierwszego dofinansowania, w terminie 30 dni od dnia doręczenia wezwania starosty, na konto Powiatowego Urzędu Pracy;

- zobowiązuję się do udostępnienia Powiatowemu Urzędowi Pracy w Piasecznie na każde żądanie niezbędnych dokumentów i udzielenia właściwych informacji mających wpływ na przyznanie dofinansowania;

- Zapoznałem/łam się z regulaminem Powiatowego Urzędu Pracy w Piasecznie dotyczącym zwrotu kosztów podmiotom zatrudniającym skierowanych bezrobotnych lub poszukujących pracy w Domach Pomocy Społecznej (DPS) lub w jednostkach organizacyjnych Wspierania Rodziny i Pieczy Zastępczej (WRiPZ)

- w okresie poprzedzającym złożenie wniosku uzyskałem / nie uzyskałem\* pomoc publiczną, która kumuluje się / nie kumuluje się\* z wnioskowaną pomocą. W przypadku korzystania z pomocy publicznej kumulującej się z pomocą de minimis należy dołączyć formularz informacji o pomocy publicznej dla podmiotów ubiegających się o pomoc inną niż de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie;

- otrzymałem / nie otrzymałem\* pomoc de minimis oraz pomoc de minimis w rolnictwie / w rybołówstwie\* w wysokości ................................ w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu w ciągu trzech minionych lat przed dniem złożenia wniosku

- spełniam / nie spełniam\* warunki rozporządzenia Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis;

- spełniam / nie spełniam\* warunki rozporządzenia Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury

- spełniam / nie spełniam\* warunki rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym

**Oświadczam, że informacje zawarte we wniosku i w załączonych do niego dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym**

*\* niepotrzebne skreślić*

**Podpisanie niniejszego wniosku wraz z załącznikami przez Wnioskodawcę jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na podanie do publicznej wiadomości, zgodnie z art. 59 b, ust. 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (*Dz. U. z 2025 r. poz.214*) informacji o zawartej umowie.**

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

*(data) (podpis i pieczątka Wnioskodawcy)*

**Klauzula informacyjna w związku z przetwarzaniem danych osobowych   
dla pracodawców**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) w sprawie ochrony osób fizycznych

w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, Powiatowy Urząd Pracy w Piasecznie informuje:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy   
   w Piasecznie, 05-500 Piaseczno, ul. Czajewicza 2/4, NIP 123 12 50 393, REGON 016183703, tel. 22 48 42 678; fax: 22 48 42 689; e-mail: [kancelaria@piaseczno.praca.gov.pl](mailto:kancelaria@piaseczno.praca.gov.pl)
2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym może się Pan/Pani skontaktować poprzez e-mail: [iodo@piaseczno.praca.gov.pl](mailto:iodo@piaseczno.praca.gov.pl) lub pisemnie na adres siedziby Administratora.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu wypełniania obowiązków prawnych ciążących na administratorze oraz prawidłowego wykonywania zadań nałożonych na administratora na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c, e rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą

w celu realizacji zadań określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy ujętych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r.

o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie.

1. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych ma charakter dobrowolny. Jednak odmowa podania danych osobowych skutkuje brakiem możliwości realizacji usług   
   i form wsparcia dla pracodawców.
2. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz inne podmioty, które przetwarzają Pani/Pana dane osobowe w imieniu Administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia danych (tzw. podmioty przetwarzające).
3. Pani/Pana dane będą przechowywane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, przez okres niezbędny do zakończenia danej formy wsparcia oraz   
   w obowiązkowym okresie przechowywania dokumentacji archiwalnej ustalonej zgodnie z odrębnymi przepisami.
4. Podane przez Panią/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany   
   i nie będą podlegały profilowaniu.
5. Przetwarzanie danych osobowych w innych celach lub w innym zakresie niż wskazane powyżej wymaga uzyskania Pani/Pana wyraźnej zgody.
6. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych na podstawie art. 15 RODO oraz prawo do ich sprostowania na podstawie art. 16 RODO i ograniczenia przetwarzania, o którym mowa w art. 18 ust. 2 RODO, a także prawo do żądania niezwłocznego usunięcia danych osobowych ze zbiorów  prowadzonych przez PUP

w Piasecznie na podstawie art. 17 RODO i prawo do przenoszenia danych zgodnie

z art. 20 RODO oraz prawo do cofnięcia w każdym czasie zgody na przetwarzanie danych osobowych w takiej formie, w jakiej była ona wyrażona, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

1. Pani/Pana dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych.
2. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

W przypadku skorzystania z przysługujących Pani/Panu praw, o których mowa powyżej PUP w Piasecznie zrealizuje je bez zbędnej zwłoki, chyba, że przepisy powszechnie obowiązującego prawa, w szczególności RODO nie przewidują możliwości realizacji uprawnienia

w odniesieniu do wskazanych w żądaniu danych osobowych. O fakcie niemożności zrealizowania zgłoszonego żądania ze względu na przepisy obowiązującego prawa powiadomimy Panią/Pana niezwłocznie.

Piaseczno, dnia …………………. ……..................................

…………………………….

(nazwisko i imię/ nazwa podmiotu) ·

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zapoznałem(-łam) się z powyższą informacją o przetwarzaniu danych osobowych

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

(czytelny podpis )

**Załączniki do wniosku:**

1. Dokument potwierdzający formę prawną Wnioskodawcy, decyzja NIP, zaświadczenie o nr REGON,
2. Dokument potwierdzający wpis do rejestru domów pomocy społecznej prowadzonego przez wojewodę,
3. Pełnomocnictwo do reprezentowania pracodawcy,
4. Oświadczenie o pomocy de minimis- załącznik nr 1,
5. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis- załącznik nr 2,
6. Oświadczenie podmiotu ubiegającego się o wsparcie dotyczące środków sankcyjnych w związku z przeciwdziałaniem wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego- załącznik nr 3,
7. Zgłoszenie krajowej oferty pracy – załącznik nr 4

**Wszystkie dokumenty składane w formie kopii powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Wnioskodawcę.**

**Załącznik nr 1**

do wniosku o zwrot podmiotom prowadzącym Dom Pomocy Społecznej lub jednostkę organizacyjną Wspierania Rodziny i systemu Pieczy Zastępczej części lub całości kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne

**Oświadczenie o pomocy de minimis**

**w zakresie, o którym mowa w art. 37 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej**

***(Dz. U. z 2023, poz. 702 ze zm.)***

Niniejszym oświadczam, że w ciągu trzech minionych lat przed dniem złożenia wniosku  
**nie otrzymałem/-am / otrzymałem/-am[[1]](#footnote-1)** następującą pomoc de minimis:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P** | **DATA uzyskania pomocy de minimis** | **KWOTA uzyskanej pomocy de minimis**  **(euro)** | **KWOTA uzyskanej pomocy de minimis**  **(zł)** | **NAZWA PODMIOTU, który przyznał pomoc de minimis** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

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

*(podpis i pieczątka Wnioskodawcy)*

**Załącznik nr 2**

do wniosku o zwrot podmiotom prowadzącym Dom Pomocy Społecznej lub jednostkę organizacyjną Wspierania Rodziny i systemu Pieczy Zastępczej części lub całości kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne











**Załącznik nr 3**

do wniosku o zwrot podmiotom prowadzącym Dom Pomocy Społecznej lub jednostkę organizacyjną Wspierania Rodziny i systemu Pieczy Zastępczej części lub całości kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne

……………………………, dnia ………………….r.

**Powiatowy Urząd Pracy w Piasecznie**

**ul. Czajewicza 2/4**

**05-500 Piaseczno**

**OŚWIADCZENIA**

**PODMIOTU UBIEGAJĄCEGO SIĘ O WSPARCIE Z PROGRAMÓW UNIJNYCH LUB KRAJOWYCH DOTYCZĄCE ŚRODKÓW SANKCYJNYCH W ZWIĄZKU   
Z PRZECIWDZIAŁANIEM WSPIERANIU AGRESJI NA UKRAINĘ ORAZ SŁUŻĄCYCH OCHRONIE BEZPIECZEŃSTWA NARODOWEGO**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z ubiegania się o udzielenie wsparcia   
   z programów unijnych i krajowych i nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki określone w art. 5l rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014, zgodnie z którymi zakazane jest udzielanie bezpośredniego lub pośredniego wsparcia, w tym udzielania finansowania i pomocy finansowej lub przyznawania jakichkolwiek innych korzyści   
   w ramach programu Unii, Euratomu lub krajowego programu państwa członkowskiego oraz umów w rozumieniu rozporządzenia (UE, Euratom) 2018/1046, na rzecz jakichkolwiek osób prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji, które   
   w ponad 50 % są własnością publiczną lub są pod kontrolą publiczną.
2. Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wpisu na *Listę osób i podmiotów objętych sankcjami*, na podstawie art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. *o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego* (Dz. U. poz. 835) tj. wobec osób i podmiotów dysponujących środkami finansowymi, funduszami oraz zasobami gospodarczymi w rozumieniu Rozporządzenia Rady (WE) 765/2006   
   lub Rozporządzenia Rady (UE) 269/2014, bezpośrednio lub pośrednio wspierających:

1) agresję Federacji Rosyjskiej na Ukrainę rozpoczętą w dniu 24 lutego 2022 r. lub

2) poważne naruszenia praw człowieka lub represje wobec społeczeństwa obywatelskiego i opozycji demokratycznej lub których działalność stanowi inne poważne zagrożenie dla demokracji lub praworządności w Federacji Rosyjskiej lub na Białorusi

— lub bezpośrednio związanych z takimi osobami lub podmiotami, w szczególności ze względu na powiązania o charakterze osobistym, organizacyjnym, gospodarczym lub finansowym, lub wobec których istnieje prawdopodobieństwo wykorzystania w tym celu dysponowanych przez nie takich środków finansowych, funduszy lub zasobów gospodarczych.

1. Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Urzędu w błąd przy przedstawianiu informacji.

……………………………………….

*Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty*

**Weryfikacja Powiatowego Urzędu Pracy w Piasecznie.**

Wyżej wymieniony podmiot **nie figuruje / figuruje\*** w rejestrze podmiotów/osób objętych przedmiotowymi sankcjami zamieszczonymi na stronie BIP MSWiA: <https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjam>i

……………………………………………….

*Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub pieczątka i podpis pracownika Urzędu Pracy*

*\*Niepotrzebne skreślić*

**Załącznik nr 4**

do wniosku o zwrot podmiotom prowadzącym Dom Pomocy Społecznej lub jednostkę organizacyjną Wspierania Rodziny i systemu Pieczy Zastępczej części lub całości kosztów poniesionych na wynagrodzenia, nagrody oraz składki na ubezpieczenia społeczne

**ZGŁOSZENIE KRAJOWEJ OFERTY PRACY**

*OTWARTA* (zawierająca dane umożliwiające identyfikację pracodawcy); *ZAMKNIĘTA* (nie zawierająca danych umożliwiających identyfikację pracodawcy)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. Informacje dotyczące pracodawcy** | | | | | | | | | | | | | |
| 1.Nazwa pracodawcy  ………………………………………………………………………….…………..……………………………………………………………………………………..…………. | | | | | | | | | | 2.REGON | | | |
| 3.NIP | | | |
| 4.Adres siedziby pracodawcy  Kod pocztowy………………..… miejscowość ……………………….………………gmina……………………….……………….  Ulica………………………………………………………………...…Telefon …………….…………………………………………  Faks…………….………………………….……..…..e-mail/strona www ……………...……………………………………………... | | | | | | | | | | | | | |
| 5.Podstawowy rodzaj  działalności wg PKD | 6.Forma prawna prowadzonej działalności   1. osoba fizyczna……………………………… 2. spółka ……………………………..……….. 3. inna…………………………….…………… | | | | | | | | 7.Czy pracodawca jest agencją zatrudnienia zgłaszającą ofertę pracy tymczasowej?  € TAK nr wpisu do rejestru……..…….…………NIE  Jeśli tak, to czy zgłaszana oferta jest ofertą pracy tymczasowej? € TAK € NIE | | | | |
| 8.Osoba wskazana przez pracodawcę do kontaktów w sprawie oferty pracy  Nazwisko i imię ………………………………………………………………….  Stanowisko ………………………………………………………………………  Telefon ………………………………………………………………………….. | | | | | | | | | 9.Liczba zatrudnionych pracowników:…………  w tym cudzoziemców: …………………………. | | | | |
| **II. Informacje dotyczące zgłoszonego miejsca pracy** | | | | | | | | | | | | | |
| 10.Nazwa zawodu | | | 12.Nazwa stanowiska | | | | | | 13.Liczba wolnych miejsc zatrudnienia ………..  w tym dla osób niepełnosprawnych ………….. | | | | |
| 11.Kod zawodu: (KZiS 6-cyfrowy) | | | 14.Wnioskowana liczba kandydatów | | | | |
| 15.Adres miejsca wykonywania pracy | | | 16.Dodatkowe informacje  - zakwaterowanie  - dowóz  - inne ……………….. | | | 17. Preferowana forma kontaktu kandydatów z pracodawcą  1. Kontakt telefoniczny pod nr …………………………..……………  2. Kontakt osobisty w godzinach………………………………………  3. Inny (np.: CV przesłać pocztą, e-mailem)………………………………………….. | | | | | | | |
| 18.Rodzaj zatrudnienia  1) umowa na czas nieokreślony  2) umowa na czas określony  3) umowa na okres próbny  4) umowa na zastępstwo  5) umowa zlecenie  6) umowa o dzieło  7) umowa o pracę tymczasową  8) umowa o pomocy przy zbiorach  9) inna  Okres zatrudnienia (w przypadku umowy o pracę):  od……………….….do……………….... | | | | | 19.System i rozkład czasu pracy  1) jednozmianowa  2) dwie zmiany  3) trzy zmiany/ruch ciągły  4) inny:…………  Wymiar czasu pracy:  1/1 ½ ¾ inny: …….…...  Praca w godzinach: ……………….……...  Praca w dni wolne: TAK NIE | | | | | | 20.Zasięg ogłaszania informacji o wolnym miejscu pracy  1) tylko terytorium Polski  2) terytorium Polski i państwa EOG  3) szczególne zainteresowanie zatrudnieniem kandydatów z państw EOG | | |
| 21.Wysokość wynagrodzenia **(**kwota brutto) | | 22.System wynagradzania (miesięczny, godzinowy, akord, prowizja) | | | | | 23.Data zatrudnienia | | | | | 24.Data ważności oferty | |
| 25. Oczekiwania pracodawcy wobec kandydatów  Wykształcenie ……………………………………………….......  Kierunek /Specjalność …………………………………………..  Staż pracy……………………………………………………......  Znajomość języków obcych: (jakich)……………………………  poziom znajomości: A1,A2,B1,B2,C1,C2(w mowie/w piśmie)...  Uprawnienia/Umiejętności (certyfikaty, prawo jazdy itp.)……... | | | | | | | 26. Ogólny zakres obowiązków  …………………………………………………………………...………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………...……………………………………………................................................................................................................................................................................................................................................................................................... | | | | | | |
| Zgodnie z art. 36 ust. 5f pkt 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r.o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2025r., poz.214 ze zm.) oświadczam, że w okresie 365 dni przed dniem zgłoszenia oferty pracy nie byłem skazany prawomocnym wyrokiem za naruszanie praw pracowniczych ani nie jestem objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.  ………………………………………………  *data i podpis pracodawcy* | | | | | | | | | | | | | |
| Oświadczam, że niniejsza oferta pracy nie została zgłoszona do realizacji w innym urzędzie pracy.  .…………..……….……………………….. *data i podpis pracodawcy* | | | | | | | | | | | | | |
| Oferta zgłaszana w celu uzyskania informacji starosty na temat możliwości zaspokojenia potrzeb kadrowych podmiotu  powierzającego wykonanie pracy cudzoziemcowi  TAK NIE  Wyrażam zgodę na kierowanie kandydatów *(dotyczy pracodawców ubiegających się o wydanie informacji starosty)*  € TAK € NIE  ……….………………………...................  *data i podpis pracodawcy* | | | | | | | | | | | | | |
| Czy przekazać ofertę pracy do innych urzędów pracy w celu upowszechnienia?  € TAK € NIE  Jeśli tak, proszę wymienić do jakich……………………………….…………………………………………..... | | | | | | | | | | | | | |
| Częstotliwość kontaktów PUP z pracodawcą w/s realizacji oferty: | | | | | | | | | | | | | |
| **III. Adnotacje Urzędu Pracy** | | | | | | | | | | | | | |
| 26. Numer pracodawcy | | | | 27. Data przyjęcia zgłoszenia | | | | 28. Numer zgłoszenia  OfPr/25/…………….  StPr/25/…………….. | | | | | 29. Sposób przyjęcia oferty  1) telefonicznie  2) pisemnie  3) faks  4) e-mail  5) inna forma …………….. |
| 30. Aktualizacja  1. ……………………….  2. ……………………….  3. ………………………. | | | | 31. Data odwołania oferty | | | | 32. Sposób realizacji oferty  1. skierowania……………  2. giełda pracy…………...  3. inne …………………... | | | | |

**Zgłoszenia oferty pracy można dokonać:**

**• elektronicznie: poprzez portal** [www.praca.gov.pl](http://www.praca.gov.pl) **lub Elektroniczna Skrzynka Podawcza: /pup-piaseczno/SkrytkaESP**

**• osobiście w siedzibie urzędu: ul. Czajewicza 2/4, Piaseczno, codziennie w godz. 08:30 -15:00,**

**• przesłać pocztą na adres urzędu: ul. Czajewicza 2/4, 05-500 Piaseczno.**

**Kontakt tel. (22) 48 42 642, sekretariat tel. (22) 48 42 663**

**UWAGA:**

Składając ofertę pracy należy wypełnić wszystkie wymagane pola. W przypadku braku wymaganych danych, Urząd powiadamia pracodawcę o konieczności uzupełnienia zgłoszenia wolnego miejsca pracy. Nieuzupełnienie przez pracodawcę zgłoszenia w terminie 7 dni od dnia powiadomienia powoduje, że oferta nie jest przyjmowana do realizacji.

Pracodawca zgłasza ofertę pracy do jednego powiatowego urzędu pracy właściwego ze względu na siedzibę pracodawcy albo miejsce wykonywania pracy albo innego wybranego przez siebie urzędu.

Powiatowy Urząd Pracy nie może przyjąć oferty pracy, jeżeli pracodawca zawarł w ofercie pracy wymagania, które naruszają zasadę równego traktowania w zatrudnieniu w rozumieniu przepisów prawa pracy i mogą dyskryminować kandydatów do pracy,

w szczególności ze względu na płeć, wiek, niepełnosprawność, rasę, religię, narodowość, przekonania polityczne, przynależność związkową, pochodzenie etniczne, wyznanie lub orientację seksualną.

1. **Niepotrzebne skreślić** – w przypadku wyboru „otrzymałem/am” proszę także dołączyć do niniejszego wniosku zaświadczenia o pomocy *de minimis.* W przypadku wybory „nie otrzymałem/am” proszę w tabeli wpisać: „nie dotyczy” [↑](#footnote-ref-1)