

Data wpływu:

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

WNIOSEK

osoby niepełnosprawnej o przyznanie środków na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej albo na wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej

Nazwa pola	Wartość
Podstawa prawna:	Art. 12a ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.).
Składający:	Osoba niepełnosprawna ubiegająca się o środki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej albo na wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej.
Adresat:	Starosta lub prezydent miasta na prawach powiatu.

DANE O WNIOSKU

Ten wniosek składa się, aby otrzymać środki na rozpoczęcie działalności gospodarczej, rolniczej albo działalności w formie spółdzielni socjalnej.

Starosta przyznaje środki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, zwanego dalej „PFRON”, na ten cel na podstawie umowy, zgodnie z art.

12a ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”. Wniosek składa się przed zawarciem umowy przyznającej te środki.

O środki może wnioskować osoba, której niepełnosprawność potwierdza co najmniej jedno z orzeczeń wymienionych w ustawie. Osoba ta w dniu złożenia wniosku powinna być zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy, zwanym dalej „PUP”, jako bezrobotna lub poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu. Należy złożyć oświadczenia wstawiając znak „x” w poniższych polach wyboru opisujących sytuację Wnioskodawcy.

Nazwa pola	Wartość
Rodzaj wnioskodawcy:	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w PUP <input type="checkbox"/> Osoba poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu zarejestrowana w PUP
Wniosek Wn-O składa się do starosty właściwego ze względu na miejsce zarejestrowania Wnioskodawcy w tym PUP.	
Rodzaj Wniosku:	<input type="checkbox"/> Zwykły <input type="checkbox"/> Korygujący
Złożenie wniosku w innym PUP:	<input type="checkbox"/> Wniosek zwykły nie został złożony w innym PUP <input type="checkbox"/> Wniosek zwykły został złożony w innym PUP

Informacja o wszystkich PUP, w których został złożony wniosek zwykły	
Wniosek Wn-O może złożyć osoba, która nie otrzymała bezzwrotnych środków na cel, na który mają zostać przeznaczone środki, których dotyczy ten wniosek. Należy złożyć oświadczenie wstawiając znak „x” w poniższych polach wyboru opisujących sytuację Wnioskodawcy.	
Informacja o otrzymaniu bezzwrotnych środków na cel, na który mają zostać przeznaczone środki, których dotyczy ten wniosek	<input type="checkbox"/> Wnioskodawca nie otrzymał bezzwrotnych środków <input type="checkbox"/> Wnioskodawca otrzymał bezzwrotne środki na podjęcie działalności gospodarczej <input type="checkbox"/> Wnioskodawca otrzymał bezzwrotne środki na podjęcie działalności rolniczej <input type="checkbox"/> Wnioskodawca otrzymał bezzwrotne środki na podjęcie działalności w formie spółdzielni socjalnej lub na wniesienie wkładu do spółdzielni socjalnej

DANE WNIOSKODAWCY

A. DANE I ADRES ZAMIESZKANIA WNIOSKODAWCY

Nazwa pola	Wartość
Imię:	
Nazwisko:	
Pesel:	
Rodzaj dokumentu tożsamości:	
Seria i numer dokumentu tożsamości:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Identyfikator adresu:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> Miasto <input type="checkbox"/> Wieś

B. DANE KONTAKTOWE WNIOSKODAWCY
 Adres do korespondencji taki sam jak wnioskodawcy

Nazwa pola	Wartość
Województwo:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Poczta:	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Telefon:	
Faks:	
E-mail:	

C. DODATKOWE INFORMACJE

Nazwa pola	Wartość
Nazwa banku:	
Numer rachunku bankowego:	

D. ZAKRES WNIOSKU

Środki, których dotyczy wniosek Wn-O, mogą zostać przyznane na podjęcie działalności gospodarczej, rolniczej albo działalności w formie spółdzielni socjalnej w kwocie:

- 1) nie wyższej niż 6-krotność przeciętnego wynagrodzenia, w przypadku zobowiązania do prowadzenia tej działalności lub członkostwa w spółdzielni socjalnej przez okres co najmniej 12 miesięcy,
- 2) wynoszącej od 6-krotności do 15-krotności przeciętnego wynagrodzenia, w przypadku zobowiązania do prowadzenia działalności lub członkostwa w spółdzielni socjalnej nieprzerwanie przez okres co najmniej 24 miesięcy.

Nazwa pola	Wartość
Przeciętne wynagrodzenie w miesiącu złożenia wniosku:	
Zobowiązuję się do:	

Nieprzerwanie co najmniej przez następującą liczbę miesięcy:	
---	--

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ
STAN PRAWNY DOTYCZĄCY NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
Osoba w wieku do 16 lat posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności ważne jest:	<input type="checkbox"/> bezterminowo <input type="checkbox"/> okresowo – do dnia:
Numer orzeczenia:	
Grupa inwalidzka:	<input type="checkbox"/> I grupa <input type="checkbox"/> II grupa <input type="checkbox"/> III grupa <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Niezdolność:	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Rodzaj niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> 01-U – upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P – choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L – zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> osoba głucha <input type="checkbox"/> osoba głuchoniema <input type="checkbox"/> 04-O – narząd wzroku <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma <input type="checkbox"/> 05-R – narząd ruchu <input type="checkbox"/> wnioskodawca lub dziecko/podopieczny porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego <input type="checkbox"/> dysfunkcja obu kończyn górnych <input type="checkbox"/> 06-E – epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S – choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T – choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M – choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N – choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I – inne <input type="checkbox"/> 12-C – całościowe zaburzenia rozwojowe

Niepełnosprawność jest sprzężona (u osoby występuje więcej niż jedna przyczyna wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności). Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Liczba przyczyn niepełnosprawności (jeśli dotyczy):	<input type="checkbox"/> 2 przyczyny <input type="checkbox"/> 3 przyczyny

WSTĘPNE INFORMACJE O PLANOWANEJ DZIAŁALNOŚCI

A. RODZAJ I FORMA PLANOWANEJ DZIAŁALNOŚCI

Środki, których dotyczy wniosek, mogą zostać przyznane na podjęcie działalności w formie spółdzielni socjalnej lub działalności gospodarczej (w dowolnej formie) lub działalności rolniczej (w dowolnej formie). Proszę wybrać rodzaj działalności, a w przypadku wybrania działalności gospodarczej lub rolniczej proszę wpisać kod szczególnej formy prawnej.

Nazwa pola	Wartość
Przeznaczenie wnioskowanej kwoty dofinansowania:	<input type="checkbox"/> działalność w formie spółdzielni socjalnej <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> założenie spółdzielni socjalnej <input type="checkbox"/> nabycie członkostwa w spółdzielni socjalnej <input type="checkbox"/> działalność gospodarcza <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> samodzielna <input type="checkbox"/> wspólnie z innymi osobami lub podmiotami <input type="checkbox"/> w wyniku przystąpienia do działalności gospodarczej lub rolniczej prowadzonej przez inne osoby lub podmioty <input type="checkbox"/> działalność rolnicza <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> samodzielna <input type="checkbox"/> wspólnie z innymi osobami lub podmiotami <input type="checkbox"/> w wyniku przystąpienia do działalności gospodarczej lub rolniczej prowadzonej przez inne osoby lub podmioty
Forma działalności – kod szczególnej formy prawnej:	
Działalność będzie prowadzona:	<input type="checkbox"/> samodzielnie <input type="checkbox"/> wraz z innymi osobami lub podmiotami
Uzasadnienie wyboru:	

Czy podjęcie planowanej działalności będzie oznaczało powstanie nowej działalności gospodarczej, rolniczej albo spółdzielni socjalnej?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Uzasadnienie wyboru i dane o działalności, do której wnioskodawca zamierza dołączyć podejmując planowaną działalność (w tym nazwę, adres i datę rozpoczęcia działalności):	

Do wniosku należy załączyć dokument potwierdzający wolę przyjęcia wnioskodawcy do działalności prowadzonej przez inne osoby lub podmioty (np. list intencyjny, umowę przedwstępną lub uchwałę spółdzielni socjalnej).

B. PRZEDMIOT PLANOWANEJ DZIAŁALNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
Działalność, której dotyczy wniosek, będzie polegać na:	
PKD dla wiodącej planowanej działalności:	
Prowadzenie działalności:	<input type="checkbox"/> nie wymaga <input type="checkbox"/> wymaga uzyskania pozwoleń, zaświadczeń, zezwoleń, certyfikatów, koncesji lub licencji.
Zakres wymaganych pozwoleń, zaświadczeń, zezwoleń, certyfikatów, koncesji lub licencji:	
Status wymaganych pozwoleń, zaświadczeń, zezwoleń, certyfikatów, koncesji lub licencji:	<input type="checkbox"/> są w posiadaniu wnioskodawcy <input type="checkbox"/> nie są w posiadaniu wnioskodawcy
Termin uzyskania wymaganych pozwoleń:	
Prowadzenie działalności:	<input type="checkbox"/> nie wymaga <input type="checkbox"/> wymaga spełnienia szczególnych warunków wynikających z przepisów prawa

Zakres spełnienia szczegółowych warunków wynikających z przepisów prawa:	
---	--

C. OBSZARY PLANOWANEJ DZIAŁALNOŚCI

Nazwa pola	Wartość
Zasięg i sposób wykonywania planowanej działalności (na jakim obszarze będą oferowane produkty lub usługi, a także, czy będą one oferowane w ramach sprzedaży internetowej):	

D. LOKALIZACJA

Nazwa pola	Wartość
Planowane miejsce prowadzenia działalności (adres, jeżeli znany jest Wnioskodawcy lub orientacyjna lokalizacja np. dzielnica, ulica, zespół obiektów handlowych itp.) oraz uzasadnienie wyboru.	

KLIENCI I DYSTRYBUCJA**E. KLIENCI**

Nazwa pola	Wartość
Do kogo będzie kierowana oferta planowanej działalności? Należy uwzględnić m.in. cechy grupy docelowej klientów, ich szacunkową liczbę:	

Czy wnioskodawca ma doświadczenia we współpracy z niektórymi spośród potencjalnych klientów? Opis warunków współpracy, przydatnej w planowanej działalności. Ocena szansy na kontynuację współpracy.?	
Opis czynności podjętych przed dniem złożenia wniosku, które pozwolą na zapewnienie klientów (wymiana listów intencyjnych, zawarcie umów przedwstępnych dotyczących współpracy lub sprzedaży, oświadczenia o współpracy z przyszłymi klientami):	
Plan dotarcia do potencjalnych klientów ze swoją ofertą, opis sposobu reklamowania planowanej działalności:	
Należy uwzględnić także sposób prowadzenia kampanii informacyjnej dla klientów, reklamę zarówno tradycyjną, jak i elektroniczną, nośniki reklamy, wykorzystane formy promocji i informacji, w tym w mediach społecznościowych. Proszę opisać rodzaje działań, które zamierza Pani/Pan podjąć, zakładany termin realizacji, koszt i rezultat działania:	

<p>Opis czynności pozwalających na zapoznanie potencjalnych klientów z ofertą planowanej działalności zostały wykonane przed dniem złożenia wniosku (np. rozpoznanie rynku, listy intencyjne, umowy przedwstępne zawarte pod warunkiem otrzymania wnioskowanych środków, oświadczenie o współpracy, zapewnienie dostępu do sieci, rozpoznanie rynku sklepów internetowych, stron internetowych)?</p>	
---	--

Jeżeli niektórych z tych czynności dokonano na piśmie, należy załączyć dokumenty potwierdzające dokonanie tych czynności.

F . DYSTRYBUCJA

Nazwa pola	Wartość
<p>Opis sposobu sprzedawania oferowanych przez dóbr (np. usługi i produkty), uzasadnienie wyboru, warunki dystrybucji, oszacowanie stosowanych ceny itp.</p>	

<p>Opis czynności podjętych przed dniem złożenia wniosku, które pozwolą na zapewnienie dystrybucji (wymiana listów intencyjnych, zawarcie umów przedwstępnych dotyczących współpracy lub sprzedaży, oświadczenia o współpracy z przyszłymi dostawcami i kontrahentami).</p>	
--	--

ZAKRES CZYNNOŚCI, UPRAWNIENIA

A. ZAKRES CZYNNOŚCI, UPRAWNIENIA, KWALIFIKACJE, DOŚWIADCZENIE I UMIEJĘTNOŚCI

Wnioskodawca powinien uprawdopodobnić, że wie, jakie typowe czynności będą wykonywane w ramach działalności, na którą mają zostać przeznaczone środki, których dotyczy wniosek Wn- O.

Nazwa pola	Wartość
<p>Prowadzenie działalności będzie wymagało korzystania z pomocy innych osób :</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>Opis czynności związane z planowaną działalnością wykonywanych osobiście:</p>	
<p>Czy niektóre z wymienionych czynności wymagają specjalnych uprawnień zawodowych?</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>Zakres:</p>	
<p>Czy wnioskodawca posiada wymagane uprawnienia zawodowe?</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>Jeżeli nie, to jak zostanie rozwiązany ten problem?</p>	

Wykształcenie wnioskodawcy (nazwy szkół, profil, zawód, specjalność, tytuły zawodowe lub naukowe, wykształcenie uzupełniające):	
Posiadane wykształcenie:	<input type="checkbox"/> będzie <input type="checkbox"/> nie będzie przydatne do wykonywania czynności, które będę wykonywać osobiście
Uzasadnienie:	
Do wniosku należy załączyć dokumenty potwierdzające rodzaj i poziom wykształcenia w przydatnym zakresie.	
Czy wnioskodawca ukończył kursy lub szkolenia przydatne w wykonywaniu wspomnianych czynności?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Jeżeli tak, to jakie:	
Do wniosku należy załączyć zaświadczenia ukończenia szkolenia lub kursu:	
Zatrudnienie:	<input type="checkbox"/> nigdy nie zatrudniony <input type="checkbox"/> w przeszłości zatrudniony
Okres ostatniego zatrudnienia od:	
Do:	
Czy czynności wykonywane wcześniej w pracy będą przydatne w planowanej działalności?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jeżeli tak, to w jaki sposób:	
Czy wnioskodawca ma doświadczenie lub umiejętności przydatne do wykonywania czynności w planowanej działalności?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

<p>Jeżeli tak, to jakie. Należy uwzględnić nie tylko doświadczenie życiowe, ale również doświadczenia z okresu zatrudnienia (w ramach stosunku pracy, pracy nakładczej, służby, wykonywania umów cywilnych, wolontariatu, udziału w programach społecznych, pomocy innym osobom w prowadzeniu działalności, itd.).</p>	
<p>Działalność prowadzona w przeszłości:</p>	<p><input type="checkbox"/> działalność gospodarcza <input type="checkbox"/> działalność rolnicza <input type="checkbox"/> działalność w formie spółdzielni socjalnej <input type="checkbox"/> nie dotyczy</p>
<p>Po raz ostatni w okresie od:</p>	
<p>do:</p>	
<p>Opis przedmiotu działalności, forma prowadzona, powód zaprzestania:</p>	
<p>Jakie czynności związane z planowaną działalnością będą wykonywać inne osoby? Czy powinny w związku z tym posiadać odpowiednie uprawnienia, kwalifikacje doświadczenie i umiejętności? Jeśli tak, to jakie?</p>	

ZABEZPIECZENIE ZWROTU ŚRODKÓW

A. ZABEZPIECZENIE ZWROTU ŚRODKÓW

Środki, których dotyczy wnioski Wn-O, są przyznawane na podstawie umowy zawartej ze starostą. Jeżeli wnioskodawca naruszy warunki umowy, będzie zobowiązany do zwrotu środków w kwocie proporcjonalnej do okresu pozostałego do zakończenia okresu, na który została zawarta umowa, wraz z odsetkami naliczonymi jak od zaległości podatkowych. Zwrot może zostać

zabezpieczony którąkolwiek z poniżej wymienionych form zabezpieczenia. Wnioskodawca może wybrać jedną lub wiele form zabezpieczenia. Należy złożyć oświadczenie o proponowanej formie zabezpieczenia zwrotu. W przypadku wybrania wielu form zabezpieczenia należy uzupełnić kwoty, których ma dotyczyć zabezpieczenie.

Nazwa pola	Wartość
Formy zabezpieczenia zwrotu środków:	<input type="checkbox"/> poręczenie <input type="checkbox"/> poręczenie spółdzielni socjalnej <input type="checkbox"/> weksel z poręczeniem wekslowym (awal) <input type="checkbox"/> gwarancja bankowa <input type="checkbox"/> zastaw na prawach lub rzeczach <input type="checkbox"/> blokada rachunku bankowego <input type="checkbox"/> akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika <input type="checkbox"/> hipoteka <input type="checkbox"/> przelew wierzytelności na zabezpieczenie <input type="checkbox"/> blokada rachunku w spółdzielczej kasie oszczędnościowo – kredytowej
Uwagi dotyczące zabezpieczenia zwrotu środków:	

**INFORMACJE O PLANOWANYCH WYDATKACH I ICH FINANSOWANIU Z
WNIOSKOWANYCH ŚRODKÓW
A. PODSUMOWANIE**

Nazwa pola	Wartość
Łączny koszt podjęcia planowanej działalności:	
Z własnych środków sfinansowano wydatki w łącznej kwocie:	
Z własnych środków zostaną sfinansowane wydatki w łącznej kwocie:	
Z innych źródeł sfinansowano wydatki w łącznej kwocie:	
Z innych źródeł sfinansowano zostaną sfinansowane wydatki w łącznej kwocie:	

Należy wymienić inne źródła finansowania:	
--	--

B. INFORMACJE O PLANOWANYCH WYDATKACH I ICH FINANSOWANIU Z WNIOSKOWANYCH ŚRODKÓW

Typ wydatku	Rodzaj wydatku do sfinansowania w części lub całości ze środków, których dotyczy wniosek	Stan przedmiotu wydatku	Planowana data dokonania wydatku	Wartość jednostkowa	Liczba jednostek	Kwota wydatku ogółem	Pomniejszenia	Kwota wydatku do sfinansowania z wnioskowanych środków

OŚWIADCZENIA

1. Dane wykazane we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Nazwa pola	Wartość
2. Sytuacja majątkowa:	<input type="checkbox"/> nie pozostaję w związku małżeńskim <input type="checkbox"/> pozostaję w ustawowej majątkowej wspólności małżeńskiej <input type="checkbox"/> posiadam rozdzielność majątkową
Imię i nazwisko osoby, z którą posiadam rozdzielność majątkową:	
3. Zaległości w zobowiązaniach wobec PFRON:	<input type="checkbox"/> posiadam <input type="checkbox"/> nie posiadam zaległości w zobowiązaniach wobec PFRON
4. Inne zaległości	<input type="checkbox"/> zalegam <input type="checkbox"/> nie zalegam z opłacaniem w terminie podatków i innych danin publicznych
5. Oświadczenie RODO	<input type="checkbox"/> Oświadczam że zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Tożsamość administratora

Administratorem Państwa danych osobowych jest powiat, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

Dane kontaktowe administratora

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej lub elektronicznej, a także telefonicznie. Dane kontaktowe administratora podane są na jego stronie internetowej.

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych podane są na stronie internetowej administratora.

Cele przetwarzania

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

Podstawa prawna przetwarzania

RODO - rozporządzenie 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, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

Okres, przez który dane będą przechowywane

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

Prawa podmiotów danych

Przysługuje Państwu prawo:

- 1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
- 2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
- 3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,
- 4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
- 5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
- 6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

<i>Data złożenia wniosku</i>	<i>Podpis</i>

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

UZUPEŁNIONE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

Lp.	Plik

LISTA ZAŁĄCZNIKÓW WPROWADZONA W NABORZE

Lista