**WNIOSEK O REJESTRACJĘ OSOBY BEZROBOTNEJ / POSZUKUJĄCEJ PRACY \*\***

**NAZWISKO**: …..……….………………………………………..... **IMIĘ/IMIONA**: …..……….…………………………….…….

**NAZWISKO RODOWE**:………………………………………… **DATA I MIEJSCE URODZENIA**:……………..……….…..

**IMIONA RODZICÓW**:………………………………………..… **STAN CYWILNY**:……………………………………............

**LICZBA DZIECI NA UTRZYMANIU**: ………………………....**OBYWATELSTWO**: ………………………………………...

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

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

**PESEL SERIA I NR DOWODU OSOBISTEGO** Data ważności:

 ………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| **ADRES ZAMELDOWANIA NA POBYT STAŁY:** | **POBYT CZASOWY:** |
| ul………………………………………………………….......................…………………………………………………….................................. | ul. ……………………………………………………………….....obowiązuje do: *(dd-mm-rr)* ............................................................. |

**ADRES POBYTU:**

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

**TELEFON:** …………………………………….…………………… **E-MAIL:** …………………………………..………..……...

**STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:**

□ lekki □ umiarkowany □ znaczny Data ważności orzeczenia: ……………...…….....................

**WYKSZTAŁCENIE:**□ podstawowe □ gimnazjalne

□ zasadnicze branżowe w zawodzie ………..……………….. □ zasadnicze zawodowe w zawodzie ……………….…...…….

□ średnie branżowe w zawodzie …………...……………...… □ średnie zawodowe w zawodzie …………….….…..………...

□ średnie ogólnokształcące □ policealne w zawodzie ………………………..…..…………
□ wyższe (w tym licencjat)

**ZAWODY WYUCZONE / WYKONYWANE:**

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

Jaki zawód chciałby/chciałaby Pan/Pani wykonywać?

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

Jakiego zawodu chciałby/chciałaby Pan/Pani się wyuczyć?

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

**PRAWO JAZDY:** □ kat. B □ kat. B+E □ kat. C □ kat. C+E
 □ kat. D □ kat. D+E □ kat. T □ Tramwaj

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ZNAJOMOŚĆ JĘZYKÓW OBCYCH:** | W MOWIE\*  | W PIŚMIE\*  |
| ……………………………………. | □ A1 □ A2 □ B1 □ B2 □ C1 □ C2 | □ A1 □ A2 □ B1 □ B2 □ C1 □ C2 |
| ……………………………………. | □ A1 □ A2 □ B1 □ B2 □ C1 □ C2 | □ A1 □ A2 □ B1 □ B2 □ C1 □ C2 |
| ……………………………………. | □ A1 □ A2 □ B1 □ B2 □ C1 □ C2 | □ A1 □ A2 □ B1 □ B2 □ C1 □ C2 |

**\*A1** początkujący, **A2** – niższy średnio zaawansowany, **B1** – średnio zaawansowany,  **B2** – wyższy średnio zaawansowany, **C1** – zaawansowany,
**C2** – biegły

**\*\*** niepotrzebne skreślić

**Jestem świadomy(ma) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań i oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie dane we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.**

……………………….……………..……….

data i podpis osoby składającej oświadczenie

**OŚWIADCZENIE I** (\*niepotrzebne skreślić)

Jestem świadomy(ma) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań i oświadczam, że:

1. wyrażam / nie wyrażam\* zgodę na przekazywanie świadczeń na rachunek bankowy nr

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

1. Oświadczam, że przekazane uprzednio moje dane (w trakcie ostatniej rejestracji) nie uległy zmianie - DOTYCZY PONOWNEJ REJESTRACJI OSOBY, U KTÓREJ NIE NASTĄPIŁA ZMIANIA DANYCH PRZEKAZANYCH W TRAKCIE OSTATNIEJ REJESTRACJI.
2. Oświadczam, że JESTEM / NIE JESTEM\* ubezpieczony(na) zdrowotnie z innego tytułu: (ZUS, KRUS, inne) ……….………………………
3. Oświadczam, że WYRAŻAM ZGODĘ / NIE WYRAŻAM ZGODY\* na udział w badaniach rynku pracy prowadzonych przez publiczne służby zatrudnienia, organy administracji rządowej lub samorządowej lub na ich zlecenie.
4. Zgodnie z art. 44 kpa zobowiązuję się do zawiadomienia o każdej zmianie swojego adresu i oświadczam, że zostałem poinformowany,
że w razie zaniedbania tego obowiązku doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem będzie miało skutek prawny.
5. Oświadczam, że zgłaszam do ubezpieczenia zdrowotnego niżej wymienionych członków rodziny:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr | Imię i nazwisko | PESEL | stopień pokrewieństwa  |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |

1. JESTEM / NIE JESTEM\* osobą korzystającą ze świadczeń z pomocy społecznej: ***(wpisać okres korzystania od-do)***

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

1. POSIADAM / NIE POSIADAM\* co najmniej jedno dziecko do 6 roku życia\* lub jedno dziecko niepełnosprawne do 18 roku życia\*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr | Imię i nazwisko | PESEL | Stopień pokrewieństwa | Stopień niepełnosprawności | Okres obowiązywania orzeczenia (od –do) |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |

1. JESTEM / NIE JESTEM\* opiekunem osoby niepełnosprawnej. *(Dotyczy poszukujących pracy niepozostających w zatrudnieniu
lub niewykonujących innej pracy zarobkowej)*

……………………………………………

data i podpis osoby składającej oświadczenie

**OŚWIADCZENIE II**

Pouczony(na) o odpowiedzialności karnej, wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego, który stanowi, że: „Kto, składając zeznanie mające służyć
za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”, oświadczam, że:
*(oświadczenie proszę wypełnić wpisując: TAK lub NIE)*

1. jestem osobą zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia ........................................................................................................................
2. jestem zatrudniony(na) lub wykonuję inną pracę zarobkową (umowa zlecenie, umowa o dzieło, umowa o wykonywanie usług,
umowa agencyjna i inne) …………………………………………………………………….……………………..….…………….
3. kontynuuję naukę w systemie: stacjonarnym ……….………………….., niestacjonarnym ……………………………………………...
4. pobieram na podstawie przepisów o pomocy społecznej zasiłek stały (MOPS) ...........................................................................................
5. nabyłem(łam) prawo do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy ……………….…..…………….…………………….......
6. nabyłem(łam) prawo do renty szkoleniowej lub renty socjalnej ………………………………………..……….………………………..
7. nabyłem(łam) prawo do renty rodzinnej …………………. w wysokości: ……….. zł brutto.
8. pobieram zasiłek lub świadczenie przedemerytalne …………………………………………….…………….…………………………..
9. pobieram zasiłek chorobowy lub macierzyński po ustaniu zatrudnienia ………………………….……….……………………………..
10. pobieram świadczenie rehabilitacyjne .................................................................................................................................................
11. pobieram, na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy …..…...
12. osiągam dochody z innego tytułu niż zatrudnienie lub inna praca zarobkowa (najem, dzierżawa, udziały i inne) ....................................
w wysokości: ……….… zł brutto
13. jestem właścicielem lub posiadaczem (samoistnym lub zależnym) nieruchomości rolnej ………………………. o powierzchni ……………… hektarów przeliczeniowych
14. jestem zgłoszony(na) jako domownik lub współmałżonek rolnika do ubezpieczenia w KRUS ……………………………………….....

1. posiadam wpis do ewidencji działalności gospodarczej lub w Krajowym Rejestrze Sądowym ………………………………………….

1. jestem wpisany(na) do Krajowego Rejestru Sądowego Przedsiębiorców (KRS), lub sprawuję funkcje reprezentacyjne w spółce …..
2. otrzymałem(łam) odszkodowanie za skrócony okres wypowiedzenia …………………………..………………...…………………...
3. jestem osobą samotnie wychowującą dziecko w wieku do 15 lat ………………………………………………………………………....

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

Data i podpis osoby składającej oświadczenie

**POUCZENIE**

Zostałem(am) pouczony(a) o obowiązku:

1. zgłaszania się w wyznaczonych terminach w powiatowym urzędzie pracy
2. składania lub przesyłania pisemnego oświadczenia o przychodach pod rygorem odpowiedzialności karnej - oraz innych dokumentów niezbędnych do ustalenia uprawnień świadczeń przewidzianych w ustawie w terminie 7 dni od dnia uzyskania przychodów
3. zawiadomienia powiatowego urzędu pracy o fakcie wyjazdu za granicę lub innej okoliczności powodującej brak gotowości do pracy
4. powiadomienia urzędu w terminie 7 dni od wyznaczonego dnia o przyczynie niestawiennictwa
5. 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 Urząd w terminie 7 dni przed dniem rozpoczęcia szkolenia
6. przedstawienia zaświadczenia o niezdolności do pracy wskutek choroby lub opieki nad chorym członkiem rodziny na druku określonym
w odrębnych przepisach

……………………………………………..
data i podpis osoby składającej oświadczenie

Potwierdzam odbiór informacji o przysługujących prawach i obowiązkach, wynikających z ustawy oraz formach pomocy określonych w ustawie.

……………………………………..............

data i podpis osoby składającej oświadczenie

**Sprawdzono w Aplikacji Centralnej Systemu Syriusz**

…………………………………………………………..

data i podpis pracownika PUP

**INFORMACJA W ZAKRESIE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH DLA OSÓB BEZROBOTNYCH
I POSZUKUJĄCYCH PRACY**

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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r.) Powiatowy Urząd Pracy w Legionowie informuje, że:

1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Legionowie z siedzibą przy ul. Generała Władysława Sikorskiego 11, 05-119 Legionowo (zwany dalej PUP);

2) w PUP wyznaczony został inspektor ochrony danych, z którym można skontaktować się poprzez e-mail: dpo@puplegionowo.pl lub pisemnie na adres PUP wskazany w pkt 1;

3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań określonych prawem: rejestracji jako osoba bezrobotna lub poszukująca pracy, realizacji usług i instrumentów rynku pracy oraz aktywizacji zawodowej osób bezrobotnych i poszukujących pracy, w tym pośrednictwa w zatrudnieniu i innych celów określonych w przepisach krajowych podanych poniżej na podstawie art. 6 ust. 1 lit c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. w związku z § 5 i § 8 ust. 7 i 8 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 kwietnia 2020 r. w sprawie rejestracji bezrobotnych i poszukujących pracy oraz z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;

4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz wykonawca usługi udostępniania systemu teleinformatycznego - zewnętrzne centrum przetwarzania danych;

5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres ustalony, na podstawie przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983 r.
o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2020 r., poz. 164 z późn. zm.) i przepisów szczegółowych związanych
z realizacją złożonego przez Panią/Pana wniosku;

6) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania w momencie kwestionowania prawidłowości przetwarzania danych osobowych przez PUP Legionowo, prawo
do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych. Nie przysługuje Pani/Panu prawo do usunięcia danych osobowych;

7) dane nie będą użyte do profilowania, ani nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji;

8) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego;

9) podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem realizacji zadania publicznego zgodnie z ustawą o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;

10) Administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej.

………………………………………………………………………

data i podpis bezrobotnego