Załącznik nr 3 do regulaminu

……………………………………….. ………….., dnia ….…….. r.

Organizator (pieczęć zakładu pracy)

**WNIOSEK O REFUNDACJĘ**

**kosztów wyposażenia lub doposażenia\* stanowiska pracy w połączeniu z subsydiowanym zatrudnieniem dla skierowanego uczestnika projektu pt. „Praca kluczem do sukcesu”**

Na zasadach określonych w Rozporządzeniu Ministra Infrastruktury i Rozwoju z dnia 2 lipca 2015 r. w sprawie udzielania pomocy de minimis oraz pomocy publicznej w ramach programów operacyjnych finansowanych z EFS na lata 2014 –2020

|  |
| --- |
| **INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ OSOBĘ PRZYJMUJĄCĄ WNIOSEK** |
| Data i miejsce złożenia wniosku |  |
| Podpis osoby przyjmującej wniosek |  |

**I. DANE PODMIOTU**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Pełna nazwa przedsiębiorstwa
 |  |
| 1. Adres siedziby przedsiębiorstwa:

*ulica, numer, miejscowość, kod pocztowy* |  |
| 1. Telefon, e-mail:
 |  |
| 1. NIP
 |  |
| 1. REGON
 |  |
| 1. Numer PKD oraz PKD na które ma zostać udzielona pomoc de minimis:
 |  |
| 1. Forma prawna:
 |  |
| 1. Rodzaj prowadzonej działalności:
 |  |
| 1. Forma opodatkowania:
 |  |
| 1. Data rozpoczęcia działalności gospodarczej:
 |  |
| 1. Nazwa banku
 |  |
| 1. Numer rachunku bankowego
 |  |
| 1. Stopa procentowa ubezpieczenia wypadkowego
 |  |
| 1. Osoby upoważnione do zawierania umów cywilno – prawnych (*funkcja w firmie)*
 |  |
| 1. Osoba upoważniona do kontaktów z Wnioskodawcą, telefon, e-mail, stanowisko służbowe
 |  |

**II. STAN ZATRUDNIENIA**

1. Stan zatrudnienia pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w dniu złożenia wniosku …………………………………………………………………………………………………………………

2. Liczba zatrudnionych pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w poszczególnych 12 miesiącach poprzedzających złożenie wniosku przez Wnioskodawcę:

| Lp. | Miesiąc, rok | Liczba pracowników w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy | Sposób rozwiązania stosunku pracy w okresie 12 miesięcy |
| --- | --- | --- | --- |
| ***1.*** |  |  |  |
| ***2.*** |  |  |  |
| ***3.*** |  |  |  |
| ***4.*** |  |  |  |
| ***5.*** |  |  |  |
| ***6.*** |  |  |  |
| ***7.*** |  |  |  |
| ***8.*** |  |  |  |
| ***9.*** |  |  |  |
| ***10.*** |  |  |  |
| ***11.*** |  |  |  |
| ***12.*** |  |  |  |

**III. DANE DOTYCZĄCE STANOWISK PRACY WYPOSAŻONYCH LUB DOPOSAŻONYCH, NA KTÓRYCH PODEJMIE/Ą ZATRUDNIENIE OSOBY SKIEROWANE PRZEZ BENEFICJENTA**

1. Liczba stanowisk pracy dla skierowanych osób pozostających bez pracy ....................................................
2. Miejsce i rodzaj pracy z podziałem na stanowiska pracy:

| Lp. | Stanowisko (zgodne z klasyfikacją zawodów) | Wymiar etatu | Miejsce  | Rodzaj pracy jaka będzie wykonywana przez skierowane osoby pozostające bez pracy (uczestnik projektu)  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |

1. Wymagane kwalifikacje i inne wymagania niezbędne do pracy jakie winne spełniać osoby skierowane przez Fundację Obrazy Bez Granic

| Lp. | Stanowisko( zgodne z klasyfikacją zawodów) | Informacja o wymaganych kwalifikacjach, umiejętnościach i doświadczeniu zawodowym niezbędnym do wykonywania pracy, jakie powinien posiadać skierowana osoba pozostająca bez pracy (uczestnik projektu) |
| --- | --- | --- |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |
| **3.** |  |  |

1. Kalkulacja wydatków dla poszczególnych stanowisk pracy:

| Lp. |  Stanowisko (zgodne z klasyfikacją zawodów) | Całkowity koszt brutto | Wnioskowana wysokość refundacji w PLN (netto)  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***1.*** |  |  |  |
| ***Słownie:*** | ***Słownie:*** |
| ***2.*** |  |  |  |
| ***Słownie:***  | ***Słownie:*** |
| ***3.*** |  |  |  |
| ***Słownie:*** | ***Słownie:*** |
| ***R A Z E M*** |  |  |

**IV. ZATRUDNIENIE SUBSYDIOWANE**

1. Wnioskowana wysokość refundacji wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia skierowanego/ych Uczestnika/ów projektu:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Stanowisko (zgodne z klasyfikacją zawodów)** | **Liczba uczestników proponowanych do zatrudnienia** | **Kwota miesięczna wnioskowanej refundacji wynagrodzenia brutto** | **Kwota miesięczna wnioskowanej refundacji opłacanych składek od wynagrodzenia brutto** | **Całkowita wysokość refundacji kosztów poniesionych na wynagrodzenia poniesiona w całym okresie trwania subsydiowanego zatrudnienia tj. 6 miesięcy**  |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |

**V. ZABEZPIECZENIA**

Jaką formę prawnego zabezpieczenia w przypadku zwrotu dofinansowania Państwo proponują:

* **Poręczenie osób fizycznych, prawnych oraz nie posiadających osobowości prawnej a posiadających zdolność do czynności prawnych**
	+ Minimum 2 osoby fizyczne, które osiągają wynagrodzenie lub dochód na poziomie, co najmniej 3000,00 zł brutto i nie podlegają zajęciom sądowym lub administracyjnym
	+ 1 osoba fizyczna, która osiąga wynagrodzenie lub dochód na poziomie, co najmniej 6000,00 zł brutto i niepodlega zajęciom sądowym lub administracyjnym
	+ osoby prawne lub podmioty nie posiadające osobowości prawnej, a posiadające zdolność do czynności prawnych, których zdolność zabezpieczenia środków badana będzie na podstawie dokumentów finansowych tj. bilans oraz rachunek zysków i strat.
* wskazać osoby poręczające …………………………………………………………………………………

.………………………………………………………………………………

* Akt notarialny o poddaniu się egzekucji przez dłużnika.

W przypadku dokonania wyboru powyższej formy koniecznym jest wypełnienie Informacja o sytuacji finansowej Wnioskodawcy w dniu złożenia wniosku (dotyczy tylko osób proponujących zabezpieczenie w formie aktu notarialnego o poddaniu się egzekucji). Informacja zostanie wypełniona i zweryfikowana przed podpisaniem umowy. Fundacja Obrazy Bez Granic zweryfikuje Informację o sytuacji finansowej Wnioskodawcy, w przypadku niekorzystnej sytuacji Wnioskodawcy może odmówić tej formy zabezpieczenia

* Blokada rachunku bankowego na kwotę w przyznanej refundacji

należy załączyć do umowy:oświadczenie o wysokości proponowanego zabezpieczenia, zgodę właściciela na dokonanie blokady na wskazanym rachunku (w przypadku, gdy właścicielem rachunku jest osoba trzecia) oraz zaświadczenie z banku, w którym są zdeponowane środki do zabezpieczenia o możliwości dokonania bezterminowej, bezwarunkowej i nieodwołalnej blokady środków w proponowanej wysokości.

* **Weksel In blanco – obligatoryjnie.**

**VI. OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 kk, i oświadczam, że:

1. **Nie zmniejszyłem** wymiaru czasu pracy pracownika i **nie rozwiązałem** stosunku pracy z pracownikiem w drodze wypowiedzenia dokonanego przez podmiot albo na mocy porozumienia stron z przyczyn niedotyczących pracowników w okresie 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku oraz w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia otrzymania refundacji;
2. **Prowadzę** działalność przez okres 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku (do wskazanego okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu zawieszenia działalności gospodarczej).
3. **Nie byłem** w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku karany za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny (Dz. U. z 2018 r. poz. 1600 ze zm.) lub Ustawy z 28 października 2002 r o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz. U. z 2018 r. poz. 703 ze zm.)
4. **Nie byłem** w okresie do 365 dni przed dniem złożenia wniosku ukarany lub skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie przepisów prawa pracy i nie jest objęty postępowaniem dotyczącym naruszenia przepisów prawa pracy (art. 36 ust. 5f ustawy o promocji zatrudnienie i instytucjach rynku pracy);
5. **Nie otrzymałem** pomocy de minimis powyżej dopuszczalnych kwot określonych w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz.U.UE.L.2013.352.1 z dnia 2013.12.24) lub rozporządzeniu 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 (Dz.U.UE.L.2013.352.9 z dnia 2013.12.24);
6. **Nie otrzymałem** wcześniej środków publicznych na wnioskowane wydatki;
7. **Spełniam/nie spełniam\*** warunki określone w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1407/2013 w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis /Dz. UE L 352/1 z 24.12.2013/.
8. **Otrzymałem/nie otrzymałem\*** pomoc przeznaczoną na te same koszty kwalifikowane, na pokrycie których ubiegam się o pomoc de minimis.
9. **Zobowiązuję się do zatrudnienia Uczestnika/Uczestników projektu na podstawie dwóch umów o pracę (1 umowa na okres 12 m-cy, druga umowa na okres min.1 miesiąca), przez co najmniej 13 miesięcy na podstawie umowy o pracę w wymiarze 1 (pełnego) etatu.**
10. **Oświadczam, iż:**
* nie korzystałem ze środków EFS w ostatnich 5 latach
* nie korzystałem ze środków EFS w ostatnich 3 latach
* Korzystałem ze środków EFS w ostatnich 3 latach

**Pracodawca zobowiązuje się do przestrzegania postanowień Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwanego dalej RODO), ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych oraz Polityki Ochrony Danych Osobowych.**

\*niewłaściwe skreślić

 ……….………………………………………….....

data i podpis osoby uprawnionej

**VII. Załączniki do wniosku**

1. Szczegółowa specyfikacja wydatków dotyczących wyposażonego (ych) lub doposażonego(ych) stanowisk(a) pracy – załącznik nr 1;

2. Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis przez podmiot w roku, w którym ubiega się o pomoc oraz w okresie 2 poprzedzających go lat - załącznik nr 2;

3. Formularz informacji składanej przez pracodawcę ubiegającego się o pomoc de minimis - załącznik nr 3;

4. Formularz informacji składanej przez pracodawcę ubiegającego się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (dotyczy producenta rolnego) – załącznik nr 4;

5. Projekt zakresu obowiązków pracownika(ów) zatrudnionego(ych)na wyposażanym(ych) lub doposażonym(ych) stanowisku(ach) pracy – załącznik nr 5;

6. Deklaracja Pracodawcy – załącznik nr 6

7. Oświadczenie RODO – załącznik nr 7

8. Aktualne (wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia dokumentu) zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o niezaleganiu w opłacaniu składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych,

9. Aktualne (wystawione nie wcześniej niż 3 miesiące przed dniem złożenia dokumentu) zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o niezaleganiu z opłatami

10. Aktualny dokument potwierdzający formę prawną prowadzenia działalności (np. kopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej lub wydruk z CEIDG, wydruk z Krajowego Rejestru Sądowego nie starszy niż 1 miesiąc, umowę spółki),

**Uwaga:**

**Kserokopie wszystkich dokumentów wymagają potwierdzenia za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną do reprezentacji, zgodnie z dokumentem rejestrowym.**

**ZAŁĄCZNIK NR 1 do wniosku**

………………, dnia …………………….

Szczegółowa specyfikacja wydatków dotyczących wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy, w szczególności na zakup środków trwałych, urządzeń, maszyn, w tym środków niezbędnych do zapewnienia zgodności stanowiska pracy z przepisami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wymaganiami ergonomii:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj wydatku (nazwa, marka, podstawowe parametry)****Nazwa wyposażenia lub doposażenia, marka, model, typ urządzenia, rok produkcji** | **Ilość** | **Wartość netto/PLN** | **Wartość podatku od towarów i usług/PLN** | **Rodzaj wydatku (nowy/używany)** | **Wartość brutto/PLN** | **Źródła finansowania\*** | **Termin realizacji zakupu** |
| **Środki własne netto/PLN** | **Środki EFS netto/PLN\*\*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |  |  |  |  |  |  |

 **\***np.: środki własne, środki z przyznanej ewentualnie refundacji kosztów wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy

Uzasadnienie zakupów:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj wydatku w ramach refundacji wyposażenia lub doposażenia stanowiska pracy** | **Uzasadnienie celowości i wartości zakupów** |
|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

…………………….……………………………………

(podpis osoby uprawnionej
 do reprezentowania podmiotu)

**ZAŁĄCZNIK NR 2 do wniosku**

………………, dnia …………………….

**OŚWIADCZENIE PODMIOTU PROWADZĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ**

Zgodnie z art. 37 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 362.) składam oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis

Oświadczam, iż w okresie obejmującym bieżący rok kalendarzowy oraz dwa poprzedzające go lata kalendarzowe wnioskodawca:

…………………………………………………………………………………………………

 (nazwa pracodawcy i adres siedziby)

**Otrzymał/nie otrzymał\*** pomocy de minimis w kwocie ……..……………. zł, stanowiącej równowartość ……………………… euro, ( na dzień ……………….….)zgodnie z poniższym zestawieniem:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Organ udzielający pomoc | Podstawa prawna | Dzień udzielenia pomocy | Wartość pomocy w EURO | Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |
| **Razem** |  |  |

\*niewłaściwe skreślić

* 1. Oświadczam, iż przyznanie nowej pomocy **nie spowoduje** przekroczenia pułapu 200 000 EURO, a w przypadku transportu nie przekroczy 100 000 EURO.

…………………….……………………………………

(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu)

**ZAŁĄCZNIK NR 5 do wniosku**

Projekt zakresu obowiązków pracownika(ów) zatrudnionego(ych)na wyposażanym(ych) lub doposażonym(ych) stanowisku(ach) pracy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Stanowisko (zgodne z klasyfikacją zawodów)** | **Zakres obowiązków pracownika(ów) zatrudnionego(ych)na wyposażanym(ych) lub doposażonym(ych) stanowisku(ach) pracy** |
|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Załącznik nr 6 do wniosku**

* 1. W ramach trwania umowy jako Pracodawca zamierzam inwestować w rozwój pracownika:
* TAK
* NIE

Jeżeli TAK proszę napisać w jakiej formie: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* 1. Oświadczam, iż po ustaniu umowy w ramach subsydiowanego zatrudnienia tj. po okresie 12 m-cy[[1]](#footnote-1), zobowiązuje się zatrudnić pracownika na okres:
* 6 m-cy od zakończenia wsparcia w ramach subsydiowanego zatrudnienia
* 9 m-cy od zakończenia wsparcia w ramach subsydiowanego zatrudnienia
* 12 m-cy od zakończenia wsparcia w ramach subsydiowanego zatrudnienia
	1. Gwarantuję, że miejsce pracy/miejsca zostanie/ą utworzone dla
* 1 uczestnika/uczestniczki
* 2 uczestników/uczestniczek
* 3 uczestników/uczestniczek

zamieszkałej/ych na terenie objętym zatwierdzonym programem rewitalizacji[[2]](#footnote-2).

…………………….……………………………………

(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu)

**Załącznik nr 7 do wniosku**

**Oświadczenie RODO**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/79 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 RODO)oraz w związku z realizacją/przystąpieniem do projektu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014 – 2020 pn: „Praca kluczem do sukcesu” przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych jest:
* w odniesieniu do zbioru: Baza danych związanych z realizowaniem zadań Instytucji Zarządzającej przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego w ramach RPO WD 2014-2020 - Marszałek Województwa Dolnośląskiego z siedzibą we Wrocławiu, Wybrzeże J. Słowackiego 12-14, 50-411 Wrocław;
* w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych - Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa
1. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych:
* Baza danych związanych z realizowaniem zadań Instytucji Zarządzającej przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego w ramach RPO WD 2014-2020, e-mail inspektor@umwd.pl;
* Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, e-mail iod@miir.gov.pl;
1. Moje dane osobowe przetwarzane są/będą w celu realizacji projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WD 2014 – 2020, a także w celach związanych z odzyskiwaniem środków, celach archiwalnych oraz statystycznych;
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. b) i c)oraz art. 9 ust. 2 lit. a)ogólnego rozporządzenia o ochronie danych RODO;
3. W zakresie zbioru „Baza danych związanych z realizowaniem zadań Instytucji Zarządzającej przez Zarząd Województwa Dolnośląskiego w ramach RPO WD 2014-2020” moje dane osobowe są przetwarzane na podstawie wyrażonej przeze mnie zgody na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych.W zakresie zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” moje dane osobowe przetwarzane są na podstawie:
* rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia
17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
* rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia
17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
* ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
* rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi.
1. Odbiorcami moich danych osobowych będą: Instytucja PośredniczącaRPO WD 2014 – 2020, Beneficjent, Partner (jeśli dotyczy) oraz podmioty, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom lub specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie Ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej RPO WD 2014 – 2020, Instytucji PośredniczącejRPO WD 2014 – 2020 lub beneficjentabadania ewaluacyjne, kontrole i audyt w ramach RPO WD 2014 – 2020;
2. Moje dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny na potrzeby rozliczenia projektu, na potrzeby rozliczenia i zamknięcia RPO WD 2014 – 2020 oraz do czasu zakończenia archiwizowania dokumentacji;
3. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu. W zakresie danych szczególnych kategorii (o których mowa w art. 9 RODO), mam prawo odmowy ich podania, jednakże odmowa podania informacji dotyczących tych danych w przypadku projektu skierowanego do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie;
4. Posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu. W tym przypadku nie ma zastosowania prawo do usunięcia danych, ponieważ przetwarzanie moich danych jest niezbędne do wywiązania się z prawnego obowiązku wymagającego przetwarzania na mocy prawa Unii oraz prawa państwa członkowskiego, któremu podlegają Administratorzy;
5. Mam prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), gdy uznam, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO;
6. Moje dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
7. Moje dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym również w formie profilowania.

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

Miejscowość, dnia podpis

1. Przy czy należy pamiętać, iż łączny okres trwania umowy z Pracownikiem to minimum 13 miesięcy ( pierwsza umowa na okres 12 m-cy stanowiąca podstawę do refundacji 6 miesięcy zatrudnienia subsydiowanego a okres jej zakończenia będzie tożsamy z zakończeniem udziału uczestnika w projekcie oraz druga umowa zawarta po upływie 12 miesięcy na okres minimum 1 miesięca z Uczestnikiem , który uprzednio zakończył udział we wparciu u Pracodawcy) [↑](#footnote-ref-1)
2. Przedmiotowy wykaz udostępniany jest na stronie www.rpo.dolnyslask.pl [↑](#footnote-ref-2)