

....., dn.
(miejscowość, data)

Wykaz osób, które mają zostać objęte wsparciem oraz ich oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Pleszewie w celach realizacji Krajowego Funduszu Szkoleniowego zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r.

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ust.1 i ust. 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 informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Pleszewie, ul. Wyspiańskiego 6, 63-300 Pleszew, nr telefonu: +48 62 742 74 25.
2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym może się Pan/Pani skontaktować poprzez e-mail: popl@praca.gov.pl lub pisemnie na adres naszej siedziby, wskazany w pkt. 1. Z inspektorem ochrony danych można się skontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
3. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym w związku z przepisami ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz aktami wykonawczymi do ww. ustawy i będą udostępniane innym organom upoważnionym na podstawie przepisów prawa. Odmowa podania danych osobowych jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia przewidzianego w ww. ustawie.
4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji w/w zadań.
5. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania.
6. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane w sposób zapewniający poufność, integralność oraz dostępność zgodnie z obowiązującym ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.

Lp.	Imię i nazwisko uczestnika kształcenia (pracownik lub pracodawca)	Oświadczam, iż zapoznałem(am) się z treścią klauzuli informacyjnej oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez PUP Pleszew w celach realizacji KFS (podpis uczestnika kształcenia pracownika lub pracodawcy)

.....
(podpis i pieczęć pracodawcy)