



## POWIATOWY URZĄD PRACY w ŻAGANIU

ul. Dworcowa 9, 68-100 Żagań, tel. / fax: (+48)(68) 477-78-39 / 477-78-40 / 377-32-75  
dyrektor tel. kom. 695-605-808, z-ca dyrektora tel. kom. 695-605-809  
E-mail: pupzagan@pup.zagan.pl strona internetowa: [www.zagan.praca.gov.pl](http://www.zagan.praca.gov.pl)  
[www.bip.wrota.lubuskie.pl/pupzagan](http://www.bip.wrota.lubuskie.pl/pupzagan)



\_\_\_\_\_, dn. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko)

\_\_\_\_\_  
(PESEL)

**Powiatowy Urząd Pracy  
w Żaganiu**

### **WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW PRZEJAZDU Z MIEJSCA ZAMIESZKANIA DO MIEJSCA WYKONYWANIA BADAŃ LEKARSKICH / PSYCHOLOGICZNYCH**

Na podstawie art. 45 ust. 4 ustawy z dnia 20.04.2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy wnioskuję o zwrot kosztów przejazdu z miejsca zamieszkania tj. \_\_\_\_\_ z \_\_\_\_\_ do miejsca wykonywania badań lekarskich tj. do \_\_\_\_\_ w wysokości \_\_\_\_\_.

1. Na podstawie skierowania z tutejszego urzędu pracy zgłosiłem się w dniu/ dniach \_\_\_\_\_ na badaniach lekarskich / psychologicznych i je wykonałem(am)
2. Do lekarza dojechałem(am)<sup>1</sup>:  PKS  MZK  PKP  własnym środkiem transportu
3. Cena biletu jednorazowego komunikacji publicznej wynosi \_\_\_\_\_ zł w jedną stronę. Dzienny koszt dojazdu wynosi \_\_\_\_\_ zł.
4. W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku o zwrot kosztów przejazdu, przyznaną kwotę proszę przekazywać na mój rachunek bankowy - w banku \_\_\_\_\_ konto nr \_\_\_\_\_
5. Oświadczam, że:
  - a) zapoznałem(am) się zobowiązującymi zasadami zwrotu kosztów przejazdu, akceptuję je i zobowiązuje się do ich przestrzegania,
  - b) dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą pod rygorem odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 k.k.

6. W załączeniu przedkładam:<sup>2</sup>

#### **dotyczy osób dojeżdżających własnym środkiem transportu**

- kserokopię dowodu rejestracyjnego potwierdzoną za zgodność z oryginałem,
- kserokopię prawa jazdy potwierdzoną za zgodność z oryginałem,
- wydruk cennika na danej trasie
- fakturę za zakup paliwa
- kserokopia zaświadczenia lekarskiego

#### **dotyczy osób dojeżdżających środkami komunikacji publicznej**

- oryginały biletów
- kserokopia zaświadczenia lekarskiego

\_\_\_\_\_  
(data i podpis wnioskodawcy)

<sup>1</sup> należy zaznaczyć właściwe

<sup>2</sup> należy zaznaczyć właściwe

## **Klauzula informacyjna dotycząca ochrony danych osobowych dla osób bezrobotnych i poszukujących pracy.**

W związku 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, zwanego dalej „RODO”, informujemy o zasadach przetwarzania danych osobowych oraz o przysługujących prawach z tym związanych:

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Żaganiu, ul. Dworcowa 9, 68-100 Żagań, reprezentowany przez Dyrektora Powiatowego Urzędu pracy w Żaganiu.
2. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – Krzysztof Sołtysiak, e-mail: iod@pup.zagan.pl, tel.: 68 432 67 42.
3. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja zadań nałożonych na Administratora na podstawie przepisów ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, akków wykonawczych i innych przepisów prawa, w związku z rejestracją i obsługą bezrobotnego, jak również osób poszukujących pracy oraz:
  - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w ramach wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze,
  - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e RODO w ramach wykonywania zadania realizowanego w interesie publicznym,
  - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO w ramach realizacji umów, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy,
  - na podstawie art. 9 ust. 2 lit. b RODO, jako niezbędne do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw przez administratora lub osobę, której dane dotyczą, w dziedzinie prawa pracy, zabezpieczenia społecznego i ochrony socjalnej,
  - na podstawie art. 9 ust. 2 lit. g RODO, jako niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym.
4. Odbiorcami danych osobowych mogą być tylko podmioty uprawnione do odbioru danych w uzasadnionych przypadkach albo na podstawie odpowiednich przepisów prawa.
5. Dane osobowe przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną i jednolitym rzeczowym wykazem akt.
6. Podmiot przetwarzania ma prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych.

**Uwaga:**

  - prawo do przenoszenia danych stosuje się, gdy przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody, w myśl art. 6 ust. 1 lit. a lub art. 9 ust. 2 lit. a lub na podstawie umowy w myśl art. 6 ust. 1 lit. b oraz przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany,
  - prawo do usunięcia danych nie ma zastosowania w zakresie w jakim przetwarzanie jest niezbędne do wywiązania się z prawnego obowiązku wymagającego przetwarzania na mocy prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, któremu podlega Administrator, lub do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej Administratorowi.
7. Podmiot przetwarzania ma prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego jeśli jego zdaniem, przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO.
8. Podanie danych osobowych wymaganych przepisami prawa jest obligatoryjne (w szczególności ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz mającymi zastosowanie aktami wykonawczymi), a w pozostałym zakresie jest dobrowolne. Niepodanie danych wymaganych przepisami prawa skutkuje brakiem możliwości zarejestrowania osoby jako bezrobotnego i podjęciem dalszych działań przez Administratora.
9. Dane osobowe nie są przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym nie są profilowane.

**WYPEŁNIA LEKARZ MEDYCYNY PRACY / PSYCHOLOG/ LUB INNA OSOBA  
UPOWAŻNIONA**

Potwierdzenie zgłoszenia się Pana / Pani \_\_\_\_\_ na wizytę

Data zgłoszenia się na badania	Podpis osoby upoważnionej

**ADNOTACJE POWIATOWEGO URZĘDU PRACY**

**1. INFORMACJA O WNIOSKU I WYSOKOŚCI ZWROTU**

**Dane dotyczące wniosku**

Numer wniosku \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Wniosek kompletny  tak  nie / Wniosek złożony w terminie  tak  nie

Wezwano do uzupełnienia wniosku  tak  nie Termin na uzupełnienie wniosku \_\_\_\_\_

Wniosek uzupełniono  tak, w dniu \_\_\_\_\_  nie

Osoba spełnia kryteria ustawowe do ubiegania się o zwrot  tak  nie

Data wydania skierowania \_\_\_\_\_ Data rozliczenia skierowania \_\_\_\_\_

Badania zostały wykonane  tak  nie

\_\_\_\_\_  
(data i podpis pracownika Urzędu)

**2. INFORMACJA DZIAŁU FINANSOWO - KSIĘGOWEGO O POSIADANIU ŚRODKÓW NA ZWROT KOSZTÓW PRZEJAZDU**

finansowanie ze środków \_\_\_\_\_

brak środków

\_\_\_\_\_  
(data i podpis pracownika PUP)

**3. INFORMACJA KIEROWNIKA CAZ O ZGODNOŚCI WNIOSKOWANEGO WSPARCIA Z ZASADAMI ZWROTU KOSZTÓW PRZEJAZDU**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(data i podpis Kierownika CAZ)

**4. DECYZJA DYREKTORA POWIATOWEGO URZĘDU PRACY**

Po rozpatrzeniu wniosku wyrażam zgodę /nie wyrażam zgody na zwrot kosztów przejazdu z miejsca zamieszkania do miejsca wykonywania badań lekarskich / psychologicznych w wysokości \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(data i podpis Dyrektora PUP)

## 5. Dane dotyczące wysokości zwrotu

Źródło finansowania \_\_\_\_\_

Liczba załączonych biletów / faktur \_\_\_\_\_ liczba wizyt u lekarza \_\_\_\_\_

Cena biletu jednorazowego w jedną stronę \_\_\_\_\_

Całkowity koszt przejazdu wg załączników \_\_\_\_\_

a) Wyliczenie kosztów przejazdu udokumentowanego fakturą za zakup paliwa:

\_\_\_\_\_ (100% ceny biletu) x 2 x \_\_\_\_\_ (liczba wizyt u lekarza medycyny pracy) = \_\_\_\_\_

Inne informacje

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Uwzględniając zasady zwrotu kosztów przejazdu oraz złożone załączniki naliczono zwrot za przejazd w wysokości \_\_\_\_\_ zł.

\_\_\_\_\_  
(data i podpis pracownika Urzędu)

Wydatek zgodny z kryteriami celowości i oszczędności  
Sprawdzono pod względem merytorycznym

Data.....  
podpis.....

Sprawdzono pod względem formalnym

Data..... podpis.....  
Sprawdzono pod względem rachunkowym

Data..... podpis.....

Wydatek na kwotę:.....

Mieści się w planie finansowym

Dz.....Roz.....§..... kwota.....

Dz.....Roz.....§..... kwota.....

Dz.....Roz.....§..... kwota.....

Dz.....Roz.....§..... kwota.....

Po dokonaniu wstępnej kontroli przez Gł. Księgowego

Data..... Podpis.....  
Zatwierdzam do wypłaty

Data..... Podpis.....

Wydatek w kwocie ..... zł  
Finansowany z Funduszu Pracy  
- art. 108 ust. 1 pkt ..... Ustawy o promocji  
Zatrudnienia i instytucjach rynku pracy

Data ..... Podpis .....