**Žiadosť o vydanie povolenia**

**na vykonávanie činnosti agentúry podporovaného zamestnávania pre fyzickú osobu**

**Údaje o žiadateľovi (Fyzická osoba)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Rodné číslo: | Titul: | Priezvisko: | Meno: | Titul za: |
|  |  |  |  |  |
| IČO: | | Obchodný názov: | | |
|  | |  | | |

**Adresa trvalého pobytu fyzickej osoby**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ulica: | | | Súpisné číslo: | | Orientačné číslo: | |
|  | | |  | |  | |
| PSČ: | Obec: | Okres: | | Štát: | |
|  |  |  | |  | |

**Adresa sídla APZ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ulica: | | | Súpisné číslo: | | Orientačné číslo: |
|  | | |  | |  |
| PSČ: | Obec: | Okres: | | Číslo listu vlastníctva[[1]](#footnote-1) | |
|  |  |  | |  | |

**Adresa miesta výkonu APZ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ulica: | | | Súpisné číslo: | | Orientačné číslo: |
|  | | |  | |  |
| PSČ: | Obec: | Okres: | | Číslo listu vlastníctva 1 | |
|  |  |  | |  | |

**Ďalšia adresa miesta výkonu APZ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ulica: | | | Súpisné číslo: | | Orientačné číslo: |
|  | | |  | |  |
| PSČ: | Obec: | Okres: | | Číslo listu vlastníctva 1 | |
|  |  |  | |  | |

**Spolupracujúce subjekty**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| IČO | Názov | IČO | Názov |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Druh služieb, ktoré bude APZ poskytovať podľa § 58 zákona č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov [[2]](#footnote-2)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | § 58 ods. 1 písm. a) | poskytovanie odborného poradenstva zameraného na podporu a pomoc pri získaní a udržaní si pracovného miesta, poskytovanie pracovnoprávneho a finančného poradenstva pri riešení nárokov občanov so zdravotným postihnutím vyplývajúcich z ich zdravotného postihnutia a poskytovanie odborného poradenstva pri získaní a udržaní si pracovného miesta dlhodobo nezamestnaným občanom |
|  | | |
|  |  | § 58 ods. 1 písm. b) | zisťovanie schopností a odborných zručností občanov so zdravotným postihnutím a dlhodobo nezamestnaných občanov vzhľadom na požiadavky trhu práce |
|  | | |
|  |  | § 58 ods. 1 písm. c) | vyhľadávanie vhodného zamestnania pre občana so zdravotným postihnutím a pre dlhodobo nezamestnaného občana a jeho sprostredkovanie |
|  | | |
|  |  | § 58 ods. 1 písm. d) | poskytovanie odborného poradenstva zamestnávateľovi pri získavaní zamestnancov, ktorí sú občanmi so zdravotným postihnutím alebo dlhodobo nezamestnanými občanmi, a pri riešení problémov počas ich zamestnávania |
|  | | |
|  |  | § 58 ods. 1 písm. e) | vykonávanie výberu vhodného občana so zdravotným postihnutím alebo vhodného dlhodobo nezamestnaného občana na pracovné miesto na základe požiadaviek a nárokov zamestnávateľa |
|  | | |
|  |  | § 58 ods. 1 písm. f) | poskytovanie odborného poradenstva zamestnávateľovi pri úprave pracovného miesta a pracovných podmienok pri zamestnávaní konkrétneho občana so zdravotným postihnutím |
|  | | |

**Územný rozsah, v ktorom sa bude vykonávať činnosť APZ** (doplňte Slovensko alebo kraje z číselníka NUTS)

|  |
| --- |
|  |

**Údaje, ktoré budú zverejnené v rámci registra agentúr podporovaného zamestnávania na www.upsvr.gov.sk**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Názov subjektu: | | E-mail: |
|  | |  |
| Telefón: | www.stránka: | |
|  |  | |

**Kontaktná osoba**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Titul: | Priezvisko: | | Meno: | | Titul za: |
|  |  | |  | |  |
| Telefón: | | E-mail: | |  | |
|  | |  | |  | |

Čestne prehlasujem, že:

* **mám /nemám****[[3]](#footnote-3)** materiálne vybavenie na vykonávanie činnosti APZ (ak uvediete mám, doplňte údaje),

|  |  |
| --- | --- |
| Názov (druh) | Počet kusov |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* **mám / nemám 3** personálne vybavenie na vykonávanie činnosti APZ (ak uvediete mám, doplňte údaje),

|  |  |
| --- | --- |
| Meno, priezvisko, titul | Pracovná pozícia |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* údaje v žiadosti sú pravdivé, zodpovedajú skutočnosti,
* som si vedomý (á) dôsledkov, vyplývajúcich z  nepravdivého alebo neúplného poskytnutia údajov.

Miesto: ..........................................

Dátum: .......................................... ...........................................................................

meno, priezvisko a podpis

žiadateľa alebo splnomocneného zástupcu

Príloha 1 Projekt vykonávania činnosti APZ vrátane kalkulácie predpokladaných príjmov a výdavkov

Príloha 2 Doklad o dosiahnutom vzdelaní žiadateľa - **vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa** – overená kópia

Príloha 3 Výpis z registra trestov žiadateľa - nie starší ako 3 mesiace - kópia

Žiadam o zabezpečenie výpisu z registra trestov zo strany ÚPSVR, **áno / nie 3**

- **ak ste označili áno**, uveďte povinné údaje potrebné na overenie

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Meno | | Priezvisko | | | | Rodné priezvisko | | | | | Prezývka (ak existuje) | |
|  | |  | | | |  | | | | |  | |
| Rodné číslo | Číslo občianskeho preukazu 3 | | | Číslo pasu 3 | | | | Pohlavie (muž/žena) | | | | Dátum narodenia |
|  |  | | |  | | | |  | | | |  |
| Miesto narodenia | | Okres narodenia v SR | | | | Štát narodenia | | | | | Štátne občianstvo | |
|  | |  | | | |  | | | | |  | |
| Trvalé bydlisko: | | | | | | | | | | | | |
| Názov ulice | | | Súpis. číslo | | Orient. číslo | | PSČ | | | Názov mesta alebo obce | | |
|  | | |  | |  | |  | | |  | | |
| Priezvisko otca | | | Meno otca | | | | | |  | | | |
|  | | |  | | | | | |  | | | |
| Priezvisko matky | | | Meno matky | | | | | | Rodné priezvisko matky | | | |
|  | | |  | | | | | |  | | | |

- **ak ste označili nie**, predložte ako povinnú prílohu výpis z registra trestov žiadateľa - nie starší ako 3 mesiace - kópia

Príloha 4 Doklad, resp. zmluva o prenájme priestorov, ak nie ste vlastníkom priestorov - kópia

Príloha 5 Úradne overené plnomocenstvo na zastupovanie, ak žiadateľ v konaní o vydanie povolenia na vykonávanie činnosti APZ poverí zastupovaním ďalšiu osobu (povinná, len ak subjekt zastupuje tretia strana)

**Podmienkou na vydanie povolenia na vykonávanie činnosti agentúry podporovaného zamestnávania pre fyzickú osobu je okrem predloženia všetkých povinných príloh aj úhrada správneho poplatku vo výške 50 eur na základe platobného predpisu, ktorý bude vystavený ústredím po doručení kompletnej žiadosti.**

**Poučenie k žiadosti:**

ÚPSVR - IČO: 30794536, spracúva Vaše osobné údaje v zmysle zákona č. 5/2004 Z. z. o službách zamestnanosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov a uvedené osobné údaje ďalej poskytuje orgánom verejnej moci. V prípade akýchkoľvek nejasností, problémov, otázok sa môžete obrátiť na mailovú adresu: ochranaosobnychudajov@upsvr.gov.sk  
Podľa § 9 zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov musia byť osobné údaje správne a podľa potreby aktualizované; musia sa prijať všetky potrebné opatrenia, aby sa zabezpečilo, že sa osobné údaje, ktoré sú nesprávne z hľadiska účelov, na ktoré sa spracúvajú, bezodkladne vymažú alebo opravia; v prípade poskytnutia nesprávnych údajov dotknutou osobou, nenesie prevádzkovateľ zodpovednosť za ich nesprávnosť.

1. vyplňte vtedy, ak ste vlastníkom priestorov, v tomto prípade sa na Vás nevzťahuje predloženie prílohy č.4 [↑](#footnote-ref-1)
2. označte druh služieb, ktoré budete poskytovať [↑](#footnote-ref-2)
3. nehodiace sa prečiarknuť [↑](#footnote-ref-3)