Приложение № 1

к Извещению о проведении отбора

ГКУ Центр занятости населения Пермского края

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

(ФИО руководителя (уполномоченного представителя) юридического лица, индивидуального предпринимателя (уполномоченного представителя)

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

(полное наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя)

**ЗАЯВКА**

**на участие в отборе на предоставление субсидии юридическим лицам (за исключением государственных и муниципальных учреждений)   
и индивидуальным предпринимателям в рамках реализации мероприятия по стимулированию работодателей к оборудованию (оснащению) рабочих мест (в том числе специальных)   
для трудоустройства инвалидов**

В соответствии с Порядком предоставления субсидий из бюджета Пермского края юридическим лицам (за исключением государственных   
и муниципальных учреждений) и индивидуальным предпринимателям   
в рамках реализации мероприятия по стимулированию работодателей   
к оборудованию (оснащению) рабочих мест (в том числе специальных)   
для трудоустройства инвалидов, утвержденным постановлением Правительства Пермского края от 23.03.2021 № 166-п (далее – Порядок), прошу принять заявку на участие в отборе на предоставление субсидии юридическим лицам (за исключением государственных и муниципальных учреждений) и индивидуальным предпринимателям в рамках реализации мероприятия по стимулированию работодателей к оборудованию (оснащению) рабочих мест (в том числе специальных) для трудоустройства инвалидов.

1. Полное наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя в соответствии с документом, подтверждающим факт внесения записи в Единый государственный реестр юридических лиц, Единый государственный реестр индивидуальных предпринимателей: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

2. ИНН/КПП юридического лица, индивидуального предпринимателя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

3. Юридический адрес юридического лица: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

4. Фактический адрес юридического лица, индивидуального предпринимателя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

5. Телефон/факс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

6. Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

7. Адрес сайта юридического лица, индивидуального предпринимателя в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

8. Банковские реквизиты (расчетный или корреспондентский счет, наименование банка, БИК): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

9. ФИО и должность руководителя юридического лица, индивидуального предпринимателя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

10. Количество оборудованных (оснащенных) специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидови (или) созданной инфраструктуры, обеспечивающей доступность рабочего места для инвалида: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ед.

11. Характеристика оборудованного (оснащенного) специального рабочего места для трудоустройства инвалидови (или) созданной инфраструктуры, обеспечивающей доступность рабочего места для инвалида: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

12. Запрашиваемый размер субсидии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_рублей.

В соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г.   
№ 152-ФЗ «О персональных данных» даю свое согласие ГКУ ЦЗН Пермского края (г. Пермь, ул. Голева, 2а), Министерству социального развития Пермского края (г. Пермь, ул. Ленина, д. 51) на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку моих персональных данных, в том числе: фамилии, имени, отчества, даты и места рождения, домашнего адреса, номера телефона, номера основного документа, удостоверяющего личность, сведений о дате выдачи указанного документа и выдавшем его органе, предоставляемых мною в соответствии с Порядком (применяется к индивидуальным предпринимателям).

Согласен (согласна) на совершение действий, предусмотренных пунктом 3 части 1 статьи 3 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» (применяется к индивидуальным предпринимателям).

Подтверждаю согласие на публикацию (размещение)   
в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» информации об указанном в настоящей заявке юридическом лице, индивидуальном предпринимателе, о настоящей заявке и иной информации о юридическом лице, индивидуальном предпринимателе, связанной с проведением отбора для предоставления субсидии на оборудование (оснащение) специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов и (или) создание инфраструктуры, обеспечивающей доступность рабочего места для инвалида, в соответствии с Порядком.

К заявке прилагается опись документов на \_\_\_\_\_\_ л. в 1 экз.

Руководитель юридического лица

(индивидуальный предприниматель)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) (ФИО)

МП (при наличии)

Сотрудник ГКУ ЦЗН Пермского края ,

принявший документы )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) (ФИО)