

Uchwała Nr 2114/22
Zarządu Powiatu Stargardzkiego
z dnia 21 kwietnia 2022 r.

w sprawie nadania dostępu pracownikowi Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
do Systemu Obsługi Wsparcia

Na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 5, art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. 2022 r. poz. 528 z późn. zm.) w związku z art. 35a ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573 z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1. 1. Nadaje się Pani Ewie Polechońskiej dostęp do obsługi w systemie SOW zadań realizowanych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Stargardzie.

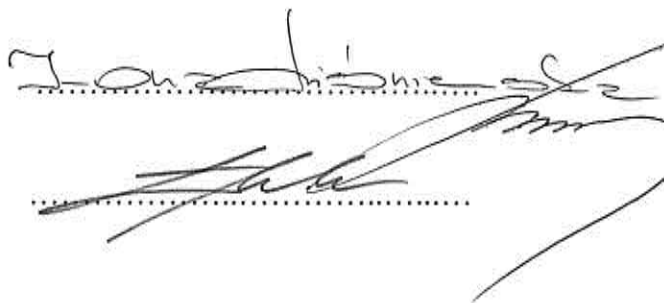
2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1 stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Dyrektorowi Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Stargardzie.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

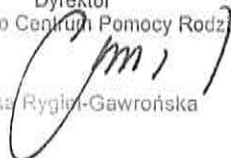
Iwona Wiśniewska – Starosta Stargardzki

Lukasz Wilkosz – Wicestarosta



UZASADNIENIE

W związku z tym że, w Powiecie Stargardzkim zadania wynikające z art. 35a ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573, z późn. zm.) wykonuje Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Stargardzie, niezbędne jest nadanie uprawnień pracownikowi jednostki realizującej te zadania, w zakresie Systemu Obsługi Wsparcia.

Dyrektor
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie

Małgorzata Rygiel-Gawrońska

Załącznik nr 1 do Regulaminu
korzystania z Systemu SOW

WNIOSEK O NADANIE/ZMIANĘ/WYCOFANIE DOSTĘPU LUB POTWIERDZENIE UPRAWNIENI¹ DLA ADMINISTRATORA REALIZATORA W SYSTEMIE SOW

Część A. Wypełnia Wnioskodawca

Dane Jednostki wnioskującej:

Nazwa Jednostki:

POWIAT STARGARDZKI														
-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer NIP:

8	5	4	2	2	2	8	6	2	0						
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

Dane Administratora Realizatora:

Imię:

B	A	R	B	A	R	A									
---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwisko:

M	I	K	L	A	S	Z									
---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-mail służbowy²:

DOFIYAN.SOWAWIA2@pcprstargard.pl														
----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu:

9	1	4	8	0	4	9	0	7							
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

.....
(data, pieczęćka i podpis kierującego jednostką)

¹ Niepotrzebne skreślić.

² Należy podać adres e-mail, do którego dostęp posiada tylko i wyłącznie osoba uprawniona. Adres e-mail będzie osobistym loginem dostępu osoby uprawnionej do Systemu SOW.



Fundusze Europejskie
Polska Cyfrowa



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych



Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



Część B. Wypełnia Administrator PFRON

zrealizowano TAK/NIE³(powód odrzucenia)

.....
(Data realizacji/odrzucenia wniosku)

.....
(pieczęćka i podpis pracownika PFRON)

.....
.....

³ Niepotrzebne skreślić.



Fundusze Europejskie
Polska Cyfrowa



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych



Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego

