

Uchwała Nr 2113/22
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 Barbarze Miklasz 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

Łukasz 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



Monika Rygiel-Gawrońska

Załącznik nr 1 do Regulaminu
korzystania z Systemu SOW

**WNIOSEK O NADANIE/ZMIANĘ/WYCOFANIE DOSTĘPU LUB
POTWIERDZENIE UPRAWNIENÍ¹ 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:

E	K	A																	
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwisko:

P	O	L	E	C	H	O	Ń	S	K	A									
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-mail służbowy²:

D	O	F	I	N	A	N	S	O	L	I	A	N	I	A	1	@	P	C	P	R	S	T	A	R	G	A	R	D	.	P	L
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Numer telefonu:

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

.....
(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.

Część B. Wypełnia Administrator PFRON

zrealizowano TAK/NIE³(powód odrzucenia)

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

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

.....
.....

³ Niepotrzebne skreślić.

