POWIATOWYURZĄD PRACY

w Jastrzębiu- Zdroju

**WNIOSEK**

**o skierowanie na szkolenie indywidualne**

**Cz. I. Wypełnia wnioskodawca**

1. **Nazwa wnioskowanego szkolenia**..................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................

1. **Dane wnioskodawcy:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Nazwisko Imię**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**PESEL**

**Adres zamieszkania**…………………………………………………………………………………………………

**Nr tel.**…………………………………..

1. **Wykształcenie**………………………………………………………………………………………………………..

(nazwa i rok ukończenia szkoły)

1. **Zawód wyuczony**…………………………………………………………………………………………………….
2. **Posiadane uprawnienia**:................................................................................................................................
3. **Uzasadnienie celowości finansowania wnioskowanego szkolenia**

..........................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………………….

**Do wniosku dołączam:**

 oświadczenie pracodawcy o zamiarze/utrzymaniu zatrudnienia

 oświadczenie o zamiarze podjęcia/utrzymaniu działalności gospodarczej

1. **Posiadane informacje o szkoleniu:**
	1. **nazwa szkolenia:**......................................................................................................................................
	2. **termin szkolenia:**.....................................................................................................................................
	3. **nazwa i adres instytucji szkoleniowej:**..................................................................................................
	4. **koszt szkolenia:**.......................................................................................................................................
2. **Oświadczam, że w okresie ostatnich 3 lat:**

 nie uczestniczyłem/-łam w szkoleniu finansowanym ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania
z Powiatowego Urzędu Pracy,

 uczestniczyłem/-łam w szkoleniu finansowanym ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania
z Powiatowego Urzędu Pracy w………………………………………………………………………………………..

Oświadczam, że:

* Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń.
* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach związanych z rekrutacją na szkolenia potrzeb zgodnie z Rozporządzeniem 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 (RODO).

........................... ...........................................

(data) (podpis wnioskodawcy)

**UWAGI:**

Wypełnienie i i złożenie wniosku **nie oznacza** zakwalifikowania na szkolenie. **Wnioski niekompletne** lub nieprawidłowo wypełnione nie zostaną uwzględnione. Wniosek traci ważność po wyłączeniu wnioskodawcy z ewidencji.

**Cz. II. Wypełnia PUP**

1. **Informacja doradcy ds. zatrudnienia o możliwości przedstawienia propozycji pracy lub innej pracy zarobkowej (zgodnie z posiadanym wykształceniem, doświadczeniem zawodowym, posiadanymi kwalifikacjami lub umiejętnościami).**

...............................................................................................................................................

...............................................................................................................................................

...............................................................................................................................................

...............................................................................................................................................

...............................................................................................................................................

...............................................................................................................................................

...............................................................................................................................................

...............................................................................................................................................

...............................................................................................................................................

...............................................................................................................................................

...............................................................................................................................................

...............................................................................................................................................

........................ ..................................

(data) (pieczęć i podpis)

1. **Opinia doradcy zawodowego ( w zakresie oceny motywacji oraz zwiększenia szans na uzyskanie zatrudnienia)**

...............................................................................................................................................

...............................................................................................................................................

...............................................................................................................................................

...............................................................................................................................................

...............................................................................................................................................

...............................................................................................................................................

...............................................................................................................................................

...............................................................................................................................................

...............................................................................................................................................

...............................................................................................................................................

...............................................................................................................................................

...............................................................................................................................................

........................ ..................................

(data) (pieczęć i podpis)

1. **Informacje specjalisty ds. rozwoju zawodowego**
	1. 3.1 Status wnioskodawcy

□ bezrobotny □ bezrobotny z orzeczony stopniem niepełnosprawności

□ poszukujący pracy □ poszukujący pracy z orzeczonym stopniem niepełnosprawności

* 1. 3.2 Dotychczasowe uczestnictwo w szkoleniach organizowanych przez urząd pracy?

□ TAK □ NIE

.....................................................................................................................................................

(jeżeli tak ,podać nazwę i termin kursu)

* 1. 3.3 Czy w ciągu ostatnich 90 dni nastąpiło bez uzasadnionej przyczyny przerwanie szkolenia organizowanego przez urząd?

□ TAK □ NIE

* 1. 3.4 Podjęcie pracy (do 3 miesięcy) po odbyciu ostatniego szkolenia organizowanego przez urząd pracy?

□ TAK □ NIE

……………………………………………………………...………………………………………………

(jeżeli tak, wymienić na jakim stanowisku)

* 1. Koszty szkoleń wymienionych w pkt.3.2 – PLN, o których mowa w art. 108 ust. 1

□ koszty przekroczone □ koszty nieprzekroczone

Proponuję kandydata zakwalifikować Proponuję kandydata nie zakwalifikować

........................ ……………………............................

(data) (pieczęć i podpis)

1. **Decyzja Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy**

Kandydat zakwalifikowany □ TAK □ NIE

......................... ........................................................

(data) (pieczęć i podpis)