

**KARTA KANDYDATA NA SZKOLENIE DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH POSZUKUJĄCYCH PRACY
NIEPOZOSTAJĄCYCH W ZATRUDNIENIU**

Cz. I Wypełnia kandydat na szkolenie

1. Nazwisko: Imię:
2. Data urodzenia: PESEL:
3. Adres zamieszkania:
Nr tel.:
4. Data ostatniej rejestracji:
5. Poziom wykształcenia:
6. Zawód wyuczony:
7. Zawód wykonywany najdłużej:
8. Zawód wykonywany ostatnio:
9. Posiadane uprawnienia:
.....
10. Dodatkowe umiejętności:
11. Znajomość obsługi komputera: biegła , przeciętna , słaba , brak ,
12. Znajomość języków obcych:
13. Nazwa kierunku szkolenia, którym zainteresowany jest kandydat:
.....
14. Uzasadnienie ubiegania się o szkolenie:
.....
.....
15. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:
 - Stopień niepełnosprawności.....
 - Rodzaj niepełnosprawności.....
16. Czy korzystał(a) Pan(i) ze szkolenia finansowanego przez PUP? TAK NIE
Jeżeli tak, to proszę podać nazwę szkolenia (kursu)
..... i rok ukończenia
17. Czy po ukończeniu wyżej wymienionego szkolenia podjął(ęła) Pan(i) pracę? TAK NIE
Jeżeli tak, to czy zgodnie z kierunkiem odbytego szkolenia? TAK NIE
Na jakim stanowisku?.....
18. Czy korzystał/a Pan/i już ze środków PFRON ? TAK NIE
19. Jeżeli tak, na co zostały przeznaczone ww. środki.....
.....

.....
/data/

.....
/Podpis kandydata na szkolenie/

Uwaga – Wypełnienie karty kandydata nie oznacza zakwalifikowania na szkolenie

CZ. II WYPEŁNIA POWIATOWY URZĄD PRACY

I. Opinia osoby przyjmującej kartę kandydata na szkolenie: /pośrednik pracy, doradca zawodowy, specjalista ds. rozwoju zawodowego/

1. Karta kandydata złożona z inicjatywy: KANDYDATA URZĘDU
 2. Wnioskowany kierunek szkolenia zwiększy szansę na zatrudnienie TAK NIE
 3. Cel szkolenia: przyuczenie do zawodu, przekwalifikowanie, doskonalenie zawodowe, nauka poszukiwania i uzyskiwania zatrudnienia
 4. Czy istnieje konieczność skierowania do doradcy zawodowego? TAK NIE
 5. Plany zawodowe po szkoleniu: samozatrudnienie, podjęcie pracy,
 6. Inne informacje przekazywane przez kandydata w trakcie rozmowy:
-
-

.....
/data/

.....
/Podpis/

II. Opinia doradcy zawodowego:

- klient posiada ograniczone doświadczenie zawodowe i wymaga przyuczenia do zawodu,
- klient wymaga przekwalifikowania zawodowego,
- klient wymaga podwyższenia kwalifikacji zawodowych,
- szkolenie jest wskazane, ponieważ znacznie zwiększa perspektywę znalezienia zatrudnienia,
- szkolenie nie jest wskazane z powodu:

Opinia:.....

.....

.....

.....

.....
/data/

.....
/Podpis doradcy zawodowego/

III. Opinia specjalisty ds. rozwoju zawodowego

1. Czy kandydat spełnia określone w ustawie warunki do skierowania na szkolenie? TAK NIE
2. Czy występuje konieczność skierowania na specjalistyczne badania lekarskie? TAK NIE
3. Skierowanie celowe : TAK NIE

.....
/data/

.....
/Podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego/

IV. Kwalifikacja kandydata na szkolenie:

Kandydat zakwalifikowany na szkolenie: TAK NIE

.....
/data/

.....
/Podpis kierownika działu/