Tczew, dnia ................................................

 **Powiatowy Urząd Pracy**

 **Aleja Solidarności 14a**

 **83-110 Tczew**

# WNIOSEK O SKIEROWANIE KANDYDATA NA SZKOLENIE INDYWIDUALNE

## Cz. I Wypełnia kandydat na szkolenie

1. **Nazwisko:** ...................................................... **Imię:** .................................................................
2. **Data urodzenia:** ............................................ **PESEL:** .............................................................
3. **Kod pocztowy:** ................................ **Miejscowość zamieszkania:**......................................

**Nr tel.:** ........................................................................................................................................

1. **Poziom wykształcenia:** ............................................................................................................
2. **Zawód wyuczony:** ....................................................................................................................
3. **Zawód wykonywany najdłużej:** ...............................................................................................
4. **Zawód wykonywany ostatnio:** ................................................................................................
5. **Posiadane uprawnienia:**  …………..........................................................................................
6. **Dodatkowe umiejętności:**
* znajomość obsługi komputera: biegła , przeciętna , słaba , brak
* znajomość języków obcych:

 a)........................................... stopień znajomości: biegły , przeciętny , słaby
 b)............................................stopień znajomości: biegły , przeciętny , słaby

* inne: .......................................................................................................................................
1. **Ograniczenia zdrowotne** .........................................................................................................
2. **Nazwa kierunku szkolenia, którym zainteresowany jest kandydat**: …..…………......………...................................................................................................................................................................................................................................................................

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

1. **Czy korzystał(a) Pan(i) ze szkolenia finansowanego przez PUP? TAK NIE
Jeżeli tak, to proszę podać nazwę szkolenia (kursu):** .....…………....….…………...……
............................................................................. **i rok ukończenia** .…………..……………
2. **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?** ...........................................................................................................
3. **Powodem ubiegania się o udział w szkoleniu jest:**

🞏 brak kwalifikacji zawodowych;

🞏 konieczność zmiany lub uzupełnienia kwalifikacji;

🞏 utrata zdolności do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie;

1. **Uzasadnienie celowości podjęcia wnioskowanego szkolenia, w tym**

 **uprawdopodobnienie podjęcia zatrudnienia, podjęcia innej pracy zarobkowej w innej**

 **formie niż deklaracja pracodawcy**

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

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

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

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

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

**Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań oświadczam, iż dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.**

Zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.

* Starosta może skierować bezrobotnego na wskazane przez niego szkolenie, jeżeli uzasadni on celowość tego szkolenia, a jego koszt w części finansowanej z Funduszu Pracy nie przekroczy w danym roku 300% przeciętnego wynagrodzenia.
* Osoba, która z własnej winy nie ukończyła szkolenia, jest obowiązana do zwrotu kosztów szkolenia, z wyjątkiem przypadku, gdy przyczyną nieukończenia szkolenia było podjęcie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej.

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

 Czytelny podpis Wnioskodawcy

### Pouczenie

**Wniosek i wymagane załączniki należy złożyć na minimum 30 dni przed dniem rozpoczęcia szkolenia.**

**Dopuszcza się możliwość załączenia Informacji instytucji szkoleniowej o szkoleniu w formie wydruku e-maila.**

**Urząd zobligowany jest do wyboru wykonawcy w sposób celowy i oszczędny, dlatego też w przypadku pozytywnie rozpatrzonego wniosku zastrzega sobie możliwość skierowania osoby wnioskującej na równorzędne szkolenie do innej jednostki szkoleniowej.**

### Wypełnienie wniosku nie oznacza zakwalifikowania na szkolenie. Od negatywnego stanowiska Starosty nie przysługuje odwołanie. Wniosek jest rozpatrywany w ciągu 30 dni od daty jego złożenia i innych niezbędnych do jego rozpatrzenia dokumentów.

**Do wniosku można dołączyć „DEKLARACJĘ PRACODAWCY” lub „DEKLARACJĘ
o rozpoczęciu własnej działalności gospodarczej po odbytym szkoleniu”.**

## INFORMACJA INSTYTUCJI SZKOLENIOWEJ

## Instytucja szkoleniowa (nazwa i adres):

## ……………………..………………………………………………………………….………………………...………….………………………………………………………………….…………………………………..

Osoba do kontaktu ze strony instytucji szkoleniowej: ……………………………...........….…………..

Numer telefonu ………………………………… adres e-mail………...……………….….….……………

## zrealizuje szkolenie pod nazwą:

## ……………………………………………………………………………..……………………………………

Miejsce realizacji szkolenia …………………………………………………………………………………………………………………..

Czas trwania i sposób organizacji szkolenia:

* + Liczba godzin ogółem……………………………………………………….………………………..
	+ Liczba dni………………………………………………………………………..…………………….
	+ Częstotliwość zajęć w tygodniu (dni)………………………………………………………………

## planowany termin szkolenia …………………………………………………….…………………………..

inne sugerowane terminy …………………..…………………………………………..............................

## Koszt szkolenia:……………………………….…………..………………… zł.

**słownie**/…………….…………………………………………………………………………………………/

w tym:

koszt materiałów szkoleniowych ………………………………………………………….

koszt zakwaterowania (jeżeli dotyczy)……………………………………………………

egzamin państwowy………………………………………………………………………..

warunkiem uczestnictwa w szkoleniu jest przedłożenie aktualnego orzeczenia lekarskiego tak / nie

jednostka szkoleniowa posiada aktualny wpis do rejestru instytucji szkoleniowych tak / nie

….…………………………………………………….

####  (Pieczęć, data i podpis

******

#### osoby uprawnionej z instytucji szkolącej)

**CZ. II WYPEŁNIA POWIATOWY URZĄD PRACY**

 **Opinia doradcy klienta na temat celowości skierowania na szkolenie**

1. Nazwisko i imię kandydata na szkolenie ................................................................................
2. Pesel .................................................... Data rejestracji...........................................................

1. Kierunek szkolenia wskazany w IPD 🞏 TAK 🞏 NIE
2. Kandydat spełnia określone ustawą warunku do skierowania na szkolenie: 🞏 TAK 🞏 NIE

🞏 braku kwalifikacji zawodowych;

🞏 konieczności zmiany lub uzupełnienia kwalifikacji;

🞏 utraty zdolności do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie;

🞏 braku umiejętności aktywnego poszukiwania pracy.

1. **Uzasadnienie celowości udzielenia pomocy** / w tym informacje przekazywane przez kandydata / uprawdopodobnienie zatrudnienia, podjęcia innej pracy zarobkowej w innej formie niż deklaracja pracodawcy .....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

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

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

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

Przesłanki do skierowania kandydata na szkolenie:

🞏 brak 🞏 wskazane 🞏 konieczne

 ..................……………………………………….. data i podpis doradcy klienta

**Opinia specjalisty ds. rozwoju zawodowego**

1. Cel szkolenia

🞏 przyuczenie do zawodu

🞏 przekwalifikowanie

🞏 doskonalenie zawodowe

🞏 uzupełnienie posiadanych kwalifikacji

1. Czy kandydat uczestniczył w okresie ostatnich 3 lat w szkoleniu organizowanym przez PUP:

🞏 TAK 🞏 NIE , jeżeli TAK, to proszę podać nazwę i termin szkolenia: ................................................................................................................................................

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

Kandydat podjął pracę po ukończonym szkoleniu: 🞏 TAK 🞏 NIE

1. Uwagi i informacje przekazywane przez kandydata: ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................
2. Czy kandydat wymaga skierowania do doradcy zawodowego: 🞏 TAK 🞏 NIE

 …………………………………………………………

 data i podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego

**Opinia doradcy zawodowego**

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

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

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

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

Kandydat posiada predyspozycje do wykonywania prac z wiązanych z kierunkiem szkolenia 🞏 TAK 🞏 NIE

Przesłanki do skierowania kandydata na szkolenie:

🞏 brak 🞏 wskazane 🞏 konieczne

 …………………………………………

 data i podpis doradcy zawodowego

**Opinia kierownika Działu Usług Rynku Pracy:**

Skierowanie na szkolenie celowe : ⬜ TAK ⬜ NIE

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

 data i podpis kierownika