

 Załącznik nr 1 do ,,Zasad organizacji szkoleń

grupowych i indywidualnych”

**WNIOSEK O SKIEROWANIE NA SZKOLENIE INDYWIDUALNE**

w oparciu o art. 40 ust. 3 i art. 43 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r.

o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy

**CZĘŚĆ I- Wypełnia osoba wnioskująca**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Imię i nazwisko** | .......................................................................................................................... |
| **2. Adres zamieszkania** **i numer telefonu** | Adres………………………………………………………………….……..…….………………………………..................................................................................Nr tel................................................................................................................. |
| **3. Data i miejsce urodzenia** | .......................................................................................................................... |
| **4. PESEL** (a w przypadku cudzoziemca numer dokumentu stwierdzającego tożsamość) | .......................................................................................................................... |
| **5. Poziom wykształcenia** **(zaznaczyć jedną odpowiedź)** |  podstawowe lub gimnazjalne zasadnicze zawodowe średnie zawodowe i policealne średnie ogólnokształcące wyższe |
| **6. Nazwa i rok ukończenia** **szkoły** **(kierunek i specjalizacja)** | …............................................................................................................................................................................................................................................... |
| **7. Zawód wyuczony  i ostatnio wykonywany** | wyuczony:.........................................................................................................ostatnio wykonywany:....................................................................................... |
| **8. Przebieg pracy zawodowej (proszę wskazać trzy ostatnio zajmowane stanowiska)** |
| **Lp.** | **Okres przepracowany** | **Zajmowane stanowisko** |
| **od** | **do** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| **9. Czas pozostawania w ewidencji bezrobotnych i poszukujących pracy od ostatniej rejestracji** |  do 3 m-cy od 3 m-cy do 6 m-cy od 6 m-cy do 12 m-cy powyżej 12 m-cy |
| **10. Dodatkowe kwalifikacje i umiejętności  *(proszę wpisać rodzaj umiejętności i zakreślić prawidłową odpowiedź)*** |
| Rodzaj kwalifikacji i umiejętności | Potwierdzone świadectwem |
| 1. |  Tak  Nie |
| 2. |  Tak  Nie |
| 3. |  Tak  Nie |

|  |  |
| --- | --- |
| **11. Stan zdrowia** ***(udokumentowane przeciw-*** ***wskazania lekarskie)*** | ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |
| **12. Czy uczestniczył(a) Pan(i)** **w szkoleniu organizowanym** **przez Urząd Pracy? Jeżeli** **tak, to proszę podać nazwę** **i datę ukończenia szkolenia** | …………………………………………………………………………….....…..………………………………………………….…..………………………….……………………………………...………………………………….……….…..…………….……………………………………………………........................................................................................................................................... |
| **13. Nazwa szkolenia o jakie się Pan(i) ubiega?** | …........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................…......................................................................................................…………………………………………………………………………….….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| **14. Nazwa i adres wskazanej****instytucji szkoleniowej** ***(termin szkolenia i koszt szkolenia)*** | …………………………………………………………….….………………….….………………………………………........................................................………………………………………………………….….……………..…..….………………………………………................................................................................................................................................................................ |
| **15. Inne informacje o wskazanym szkoleniu *(proponowany zakres szkolenia)*** | ……………………………………………..……………...…...…………..….……..………………………………………………………………......................………………………………………………………………..………………....……..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..….…………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………….……….……………………………………………………………………….………….…………………………………………………………………….……………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**16. Dotychczasowe uczestnictwo w szkoleniach organizowanych przez PUP w ciągu ostatnich 3 lat**

1. nie uczestniczyłem w szkoleniach finansowanych ze środków Funduszu Pracy, na podstawie skierowania z Powiatowego Urzędu Pracy\*
2. brałem udział w niżej wymienionych szkoleniach finansowanych ze środków Funduszu Pracy, na podstawie skierowania z Powiatowego Urzędu Pracy\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa szkolenia | Czas trwania szkolenia | Urząd Pracy kierujący na szkolenie |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |

\*właściwe zakreślić

**Pouczenie:**

Obowiązek złożenia powyższego oświadczenia wynika z § 78 ust. 4 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14.05.2014r. w sprawie szczegółowych warunków oraz trybu i sposobów prowadzenia usług rynku pracy.

\* koszt szkolenia oznacza: uprzednio uzgodnioną należność przysługującą instytucji szkoleniowej; koszt ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków w przypadku osób nie posiadających prawa do stypendium oraz osób posiadających prawo do stypendium, którzy w trakcie szkolenia podjęli zatrudnienie, inną pracę zarobkową lub działalność gospodarczą; koszt przejazdu, a w przypadku gdy szkolenie odbywało się w miejscowości innej niż miejsce zamieszkania, także koszty zakwaterowania i wyżywienia; koszty badań lekarskich i psychologicznych wymaganych w przepisach odrębnych; koszty egzaminów umożliwiających uzyskanie świadectw, dyplomów, zaświadczeń, określonych uprawnień zawodowych lub tytułów zawodowych oraz koszty uzyskania licencji niezbędnych do wykonywania danego zawodu.

**17. Uzasadnienie celowości wskazanego szkolenia**

|  |
| --- |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....................................................................................................................................................................……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**UWAGA!WYPEŁNIENIE WNIOSKU NIE OZNACZA SKIEROWANIA NA SZKOLENIE**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów związanych z wykonywaniem zadań przez Powiatowy Urząd Pracy w Wieliczce. Jednocześnie oświadczam, że zostałam/łem poinformowana/y o przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.

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

(miejscowość i data) (podpis osoby wnioskującej)

Załącznik nr 1 do wniosku

 o skierowanie na szkolenie indywidualne

Pieczątka pracodawcy

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

**O ZAMIARZE ZATRUDNIENIA PO UKOŃCZONYM SZKOLENIU**

Pełna nazwa pracodawcy....................................................................................................................................................................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................................Adres siedziby pracodawcy.................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Miejsce prowadzenia działalności.............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Telefon....................................................e‑mail.............................................................................................

REGON...................................................NIP................................................................................................

Osoba reprezentująca pracodawcę..............................................................................................................

**Oświadczam, że zobowiązuję się zatrudnić** na podstawie:

**umowy o pracę na okres minimum 45 dni.**

Pana(ią).........................................................................................................................................................

**Niezwłocznie, nie później niż w terminie do 30 dni od dnia ukończenia szkolenia:**

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

 (proszę wskazać nazwę szkolenia)

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

na stanowisku: ......................................................................................................................................................................

na okres: .....................................................................................................................................................................

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń potwierdzam, że informacje zawarte w powyższym oświadczeniu są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

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

 (data, podpis i pieczątka osoby uprawnionej

 do reprezentacji i składania oświadczeń)

 Załącznik nr 2 do wniosku

 o skierowanie na szkolenie indywidualne

............................................................. Wieliczka, dnia..................................................

 (imię i nazwisko)

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

 (PESEL)

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

 (adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE O ZAMIARZE PODJĘCIA
DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ**

Oświadczam, że zamierzam podjąć działalność gospodarczą **w okresie maksymalnie do 1 miesiąca tj. 30 dni następującym po dniu ukończenia szkolenia:**..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

(nazwa szkolenia)

|  |
| --- |
| Opis planowanej działalności gospodarczej (branża, zakres działania np. usługi budowlane, handel, produkcja, itp.): |
|  |
| Powzięte przedsięwzięcia celem rozpoczęcia działalności gospodarczej (lokal, zezwolenia, licencje, posiadany sprzęt, umowy przedwstępne, dokonane rozeznanie rynku w zakresie zapotrzebowania na oferowane produkty lub usługi, posiadane kwalifikacje, doświadczenie, itp.): |
|  |

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

(miejscowość i data) (podpis osoby wnioskującej)

**CZĘŚĆ II - Wypełnia Powiatowy Urząd Pracy**

**Opinia doradcy klienta dotycząca celowości przeszkolenia Wnioskodawcy wynikająca z Indywidualnego Planu Działania:**

Wnioskodawca jest zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy w Wieliczce jako osoba bezrobotna od dnia.................................................................................................................................

Zgodnie z art. 34a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy w dniu …………………………………………………………………………………………………………….

został przygotowany Indywidualny Plan Działania (IPD).

W ramach przygotowanego Indywidualnego Planu Działania Wnioskodawca może/nie może\* zostać skierowany na **szkolenie indywidualne pn:** ………………………………………………………..

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

**Ocena uzasadnienia celowości szkolenia (max 4 pkt):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KRYTERIA OCENY** | **TAK (1 PKT)** | **NIE (0 PKT)** |
| Pomoc udzielana przez powiatowy urząd pracy w formie szkolenia indywidualnego jest dostosowana do indywidualnych potrzeb i możliwości wnioskodawcy, z uwzględnieniem jego wykształcenia, doświadczenia zawodowego oraz możliwości podjęcia pracy lub działalności gospodarczej. |  |  |
| Zasadność skierowania na szkolenie (zaznaczyć właściwe):-brak kwalifikacji zawodowych-konieczność zmiany lub uzupełnienia kwalifikacji-utraty zdolności do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie |  |  |
| Zapotrzebowania na kwalifikacje, które wnioskodawca uzyska w wyniku szkolenia w odniesieniu do aktualnych ofert pracy |  |  |
| Zapotrzebowania na kwalifikacje, które wnioskodawca uzyska w wyniku szkolenia w okresie 3 miesięcy poprzedzających datę złożenia Wniosku |  |  |

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

 (data) (pieczęć i podpis pracownika pełniącego funkcję doradcy klienta)