

Wniosek o skierowanie na szkolenie indywidualne

Podstawa prawna: Art. 40 ust 3 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 475 z późn.zm.) oraz § 79 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji oraz trybu i sposobów prowadzenia usług rynku pracy (Dz. U. z 2014 r., poz. 667).

Część I. Wypełnia osoba bezrobotna

1. Nazwisko
2. Imię
3. PESEL (w przypadku cudzoziemca nr dokumentu stwierdzającego tożsamość)
4. Adres zamieszkania
5. Nazwa szkolenia

6. Powód ubiegania się o skierowanie na szkolenie (zaznaczyć właściwe):

- brak kwalifikacji zawodowych.....
- konieczność zmiany lub uzupełnienia kwalifikacji.....
- utrata zdolności do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie

7. Uzasadnienie celowości udziału w szkoleniu poprzez (zaznaczyć właściwe):

- oświadczenie pracodawcy o zamiarze zatrudnienia bezrobotnego (załącznik nr 1 do wniosku)
- oświadczenie o zamiarze podjęcia pozarolniczej działalności gospodarczej (załącznik nr 2 do wniosku)
- uzasadnienie konieczności ukończenia szkolenia w odniesieniu do swojej sytuacji na rynku pracy (załącznik nr 3 do wniosku).....

8. Świadomy(a), iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat, oświadczam, co następuje(zaznaczyć właściwe):

W okresie ostatnich 3 lat uczestniczyłem(am) w szkoleniu finansowanym ze środków Funduszu Pracy TAK NIE . Jeśli TAK, proszę podać nazwę urzędu pracy kierującego na szkolenie, nazwę kierunku szkolenia/szkoleń i rok ukończenia

9. Do wniosku załączam Informację o wybranym przez siebie szkoleniu (załącznik nr 4 do wniosku) (zaznaczyć właściwe) TAK NIE (PUP zastrzega sobie prawo wyboru instytucji szkoleniowej).

Stalowa Wola, dnia.....

Podpis osoby bezrobotnej

Część II. Wypełniają pracownicy PUP w Stalowej Woli

Opinia doradcy klienta:

.....

.....

.....

.....

Data i podpis doradcy klienta

Opinia doradcy zawodowego (w uzasadnionych przypadkach):

.....

.....

.....

.....

.....

Data i podpis doradcy zawodowego

Adnotacje PUP:

1. Data ostatniej rejestracji w PUP Nr ewidencyjny
2. Dotychczasowy udział w szkoleniach organizowanych przez urząd pracy (nazwa i rok ukończenia).....
3. Wnioskodawca nie brał / brał udział w szkoleniach w okresie ostatnich 3 lat, których łączna kwota kosztów szkolenia wyniosła

Data i podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego.....

Decyzja dotycząca sposobu rozpatrzenia wniosku:.....

.....

Data i podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego.....

**Oświadczenie przyszłego pracodawcy o zamiarze zatrudnienia bezrobotnego
po ukończeniu szkolenia**

Pieczęć pracodawcy

.....

Pełna nazwa pracodawcy:

Adres: telefon.....

Oświadczam, że zobowiązuję się zatrudnić Pana/Panią:

imię i nazwisko osoby bezrobotnej:

na stanowisku / w zawodzie:

po ukończeniu szkolenia pn.

.....

.....

(w przypadku szkoleń z zakresu różnych kategorii prawa jazdy pracodawca dołącza informację o liczbie zatrudnionych kierowców oraz posiadanym taborze)

Zatrudnienie nastąpi *(zatrudnienie powinno nastąpić nie później niż 30 dni od dnia zakończenia szkolenia)*

w ciągu dni, od daty ukończenia szkolenia / uzyskania uprawnień na okres

na podstawie *(zaznaczyć właściwe)*:

- umowy o pracę w wymiarze
- umowy zlecenia
- inne (jakie)

Miejscowość, data.....

Podpis i pieczęć pracodawcy

**Oświadczenie o zamiarze podjęcia działalności gospodarczej
po ukończeniu szkolenia**

Oświadczam, że po ukończeniu szkolenia:

(niepotrzebne skreślić)

podejmę/wznowię działalność gospodarczą w zakresie:

Działalność planuję uruchomić ze środków *(niepotrzebne skreślić)* własnych/innych (jakich?).....

Posiadane umiejętności, kwalifikacje, szkolenia/kursy, doświadczenie zawodowe przydatne do prowadzenia działalności:

Informacje o podjętych działaniach mających na celu rozpoczęcie działalności gospodarczej (np. lokal, sprzęt, środki finansowe, szkolenia):.....

Krótki opis przedsięwzięcia wskazujący, że planowana działalność ma realne szanse powodzenia:

(niepotrzebne skreślić)

Planowany termin rozpoczęcia/wznowienia działalności gospodarczej *(rozpoczęcie działalności gospodarczej powinno nastąpić w ciągu 30 dni od ukończenia szkolenia / uzyskania uprawnień)*:.....

Stalowa Wola, dnia

Podpis osoby bezrobotnej.....

Informacja o wybranym przez siebie szkoleniu

Nazwa szkolenia:

.....

.....

Nazwa i adres wybranej instytucji szkoleniowej:

.....

Numer z Rejestru Instytucji Szkoleniowych:

Planowany termin rozpoczęcia szkolenia:

Planowany termin zakończenia szkolenia:

Koszt szkolenia:

Inne istotne informacje o szkoleniu:

.....

.....

.....

.....

.....

Uzasadnienie wyboru powyższej instytucji:

.....

.....

.....

.....

.....

Stalowa Wola, dnia

Podpis osoby bezrobotnej.....