

Wieluń, dnia

**Powiatowy Urząd Pracy
w Wieluniu**

WNIOSEK OSOBY UPRAWNIONEJ O SKIEROWANIE NA SZKOLENIE

na zasadach określonych w Ustawie z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2008r. Nr 69, poz. 415 z późn. zm.), Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 września 2010r. w sprawie standardów i warunków prowadzenia usług rynku pracy (Dz. U. z 2010r. Nr 177, poz. 1193).

I. WYPEŁNIA KANDYDAT NA SZKOLENIE:

1. Nazwisko i imię:
2. Adres: Nr tel.
3. Adres do korespondencji:
4. PESEL:..... Seria i numer dowodu osobistego
w przypadku cudzoziemca numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.....
5. Wykształcenie:
6. Zawód wyuczony:
7. Zawody wykonywane:
.....
8. Posiadane uprawnienia/umiejętności:
.....
9. Oświadczam, że w okresie ostatnich 3 lat (uczestniczyłem/am – nie uczestniczyłem/am)* w szkoleniu finansowanym ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania z Powiatowego Urzędu Pracy.
10. W przypadku korzystania ze szkolenia/eń podać nazwę szkolenia, rok ukończenia szkolenia oraz Urząd Pracy, który wydał skierowanie na szkolenie:
.....
11. Po ukończeniu szkolenia podjąłem/am pracę, nie podjąłem/am pracy*

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

.....
data i podpis osoby uprawnionej

**niepotrzebne skreślić*

II. OPINIA DORADCY ZAWODOWEGO:

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

.....
data

.....
podpis doradcy zawodowego

III. OSOBA UPRAWNIONA ZOSTAŁA/NIE ZOSTAŁA* SKIEROWANA NA SPECJALISTYCZNE BADANIA LEKARSKIE.

.....
data

.....
podpis doradcy zawodowego

IV. INFORMACJA SPECJALISTY DS. ROZWOJU ZAWODOWEGO:

1. Nr ewidencyjny wnioskodawcy data rejestracji:
2. Status wnioskodawcy:
€osoba bezrobotna będąca w szczególnej sytuacji na rynku pracy,
.....
€osoba bezrobotna nie będąca w szczególnej sytuacji na rynku pracy,
€osoba poszukująca pracy
3. Cel wnioskowanego szkolenia:
przyuczenie do zawodu/przekwalifikowanie/doskonalenie zawodowe/nauka umiejętności poszukiwania zatrudnienia/zmiana kwalifikacji w związku z utratą zdolności do wykonywania pracy w dotychczasowym zawodzie*
4. Poniesiony koszt dotychczasowych szkoleń przekroczył/nie przekroczył* dziesięciokrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę na jedną osobę w okresie kolejnych 3 lat wg art. 109a ust. 1 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.

OPINIA SPECJALISTY DS. ROZWOJU ZAWODOWEGO

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

.....
data

.....
podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego

* niepotrzebne skreślić

V. DECYZJA DYREKTORA PUP:

Kandydat zakwalifikowany/nie zakwalifikowany*

.....

data

.....

pieczętka i podpis Dyrektora PUP

* *niepotrzebne skreślić*