

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 2015r. poz. 149), Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji oraz trybu i sposobów prowadzenia usług rynku pracy (Dz. U. z 2014r. poz. 667).

**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*

**DANE DOTYCZĄCE SZKOLENIA:**

1. Nazwa szkolenia: .....

.....

2. Uzasadnienie celowości sfinansowania kosztów szkolenia: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*podpis osoby uprawnionej*

**Uwaga!**

**Do wniosku można załączyć informację o wskazanym szkoleniu, uwzględniającą: nazwę i termin szkolenia, nazwę i adres wskazanej instytucji szkoleniowej, koszt szkolenia, inne istotne informacje o wskazanym szkoleniu.**

II. Opinia **doradcy klienta** w zakresie zgodności wnioskowanego wsparcia z profilem pomocy oraz ustaleniami założonymi w indywidualnym planie działania (IPD):

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

.....  
*data*

.....  
*podpis doradcy klienta*

III. Informacja **specjalisty ds. rozwoju zawodowego**:

1. Nr ewidencyjny wnioskodawcy ..... data rejestracji: .....
2. 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.
3. Koszt szkolenia: .....,  
+ badania lekarskie: .....

.....  
*data*

.....  
*podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego*

IV. Określenie przez **doradcę zawodowego** predyspozycji do wykonywania zawodu uzyskanego w wyniku szkolenia, (w przypadku zawodu wymagającego szczególnych predyspozycji psychofizycznych):

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

.....  
*data*

.....  
*podpis doradcy zawodowego*

V. **DECYZJA DYREKTORA PUP:**

Kandydat zakwalifikowany/niekwalifikowany\*

.....  
*data*

.....  
*pieczętka i podpis Dyrektora PUP*

\* *niepotrzebne skreślić*