

data:.....

**Powiatowy Urząd Pracy
w Wieluniu**

**WNIOSEK
o skierowanie na szkolenie indywidualne**

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 2 marca 2007r. w sprawie standardów usług rynku pracy (Dz. U. z 2007r. Nr 47, poz. 314), oraz Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 2 marca 2007r. w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia przez publiczne służby zatrudnienia usług rynku pracy (Dz. U. z 2007r. Nr 47, poz. 315).

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY:

1. Nazwisko i imię:
2. Adres:
3. Tel.:
4. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż podany powyżej):
.....
5. Data i miejsce urodzenia:
6. Stan cywilny:
7. PESEL: NIP.....
8. Seria i numer dowodu osobistego
9. Wykształcenie:
10. Zawód wyuczony:
11. Zawody wykonywane:
.....
.....
12. Dodatkowe umiejętności i uprawnienia:
.....
13. Ukończone kursy:
.....

II. DANE DOTYCZĄCE SZKOLENIA:

1. Nazwa szkolenia, którym zainteresowany jest kandydat:
2. Uzasadnienie celowości sfinansowania kosztów szkolenia:

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

.....
podpis wnioskodawcy

III. ADNOTACJE SPECJALISTY DS. ROZWOJU ZAWODOWEGO:

1. Nr ewidencyjny wnioskodawcy data rejestracji:
2. Wnioskodawca korzystał/nie korzystał* dotychczas z finansowania kosztów szkolenia w trybie indywidualnym. Nazwa szkolenia, w którym uczestniczył
koszt szkolenia zł, w roku
Podjął/nie podjął* zatrudnienie po jego ukończeniu.
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.

.....
data i podpis

IV. OPINIA DORADCY ZAWODOWEGO:

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

.....
data i podpis

V. OPINIA POŚREDNIKA PRACY:

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

.....
data i podpis

VI. DECYZJA DYREKTORA PUP:

Kandydat zakwalifikowany/nie zakwalifikowany*

.....
data

.....
pieczętka i podpis Dyrektora PUP

* *niepotrzebne skreślić*