



POWIATOWY URZĄD PRACY W OLEŚNIE

WNIOSEK OSOBY ZAREJESTROWANEJ O SKIEROWANIE NA SZKOLENIE GRUPOWE

Nr wniosku:.....

Olesno, dnia.....

A. Wypełnia osoba zarejestrowana:

Nazwisko..... Imię.....

1. PESEL.....
2. Adres.....
3. Nr telefonu.....
4. Wykształcenie.....
5. Zawód wyuczony.....
6. Zawód wykonywany/doświadczenie zawodowe.....
7. Uprawnienia/umiejętności.....

Zwracam się z prośbą o skierowanie mnie na szkolenie/kurs pn. (**nazwa szkolenia wybranego z planu szkoleń**):

.....,

.....

Oświadczam, że w okresie ostatnich 3 lat nie uczestniczyłem/am w szkoleniu finansowanym ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania z Powiatowego Urzędu Pracy. *

Oświadczam, że w okresie ostatnich 3 lat uczestniczyłem/am w szkoleniu/niach p.n.
finansowanym/ch ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania Powiatowego Urzędu Pracy w*.

*niepotrzebne skreślić

Uzasadnienie celowości szkolenia:

Celem szkolenia jest:

- ☐ podjęcie pracy (w załączeniu oświadczenie pracodawcy)
- ☐ założenie własnej działalności gospodarczej
- ☐ inne (w przypadku zaznaczenia wpisać uzasadnienie)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez jednostkę szkolącą zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/96/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

.....
(podpis osoby zarejestrowanej)

B. Wypełnia PUP

1. Opinia doradcy klienta :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Kandydat zakwalifikowany do profilu pomocy

Ustalono w IPD konieczność:

- ☐ przekwalifikowania
- ☐ uzupełnienia/podniesienia kwalifikacji
- ☐ zdobycie uprawnień (wpisać jakich).....
- ☐ nabycie wiedzy i umiejętności z zakresu (wpisać z jakiego zakresu)
-
- ☐ potrzeba rynku pracy.....

.....
.....
(data, pieczęć i podpis)

2. Informacja specjalisty ds. rozwoju zawodowego:

Wnioskodawca nie brał / brał udział/u* w szkoleniach w okresie ostatnich 3 lat, których łączna kwota kosztów szkolenia wyniosła PLN.

Kandydat spełnia kryteria założone w programie szkolenia/projekcie EFS:

☐ Tak

☐ Nie

Konieczność skierowania na badania lekarskie lub psychologiczne :

☐ Tak

☐ Nie

.....
(data i podpis osoby weryfikującej koszty szkolenia)

3. Decyzja Dyrekcji Powiatowego Urzędu Pracy w Oleśnie : ***pozytywna/negatywna***

UWAGI.....

Olesno, dnia

(podpis i pieczęć Dyrektora)

.....

***niepotrzebne skreślić**

UWAGA! Wypełnienie wniosku nie oznacza zakwalifikowania na szkolenie

.....
(pieczęć firmy)

.....
(miejscowość, data)

POTWIERDZENIE ZATRUDNIENIA

Pełna nazwa pracodawcy.....

Adres.....

Telefon.....REGON.....NIP.....EKD/PKD.....

Rodzaj prowadzonej działalności

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

**Oświadczam, że przewiduję zatrudnić w okresie do 1 miesiąca od daty ukończenia szkolenia
na okres co najmniej 3 miesięcy**

Pana/Panią.....

zam.....

na stanowisku.....

Warunkiem jest ukończenie szkolenia (uzyskanie kwalifikacji/uprawnień) z zakresu

.....
.....

.....
(pieczęć i podpis)