



POWIATOWY URZĄD PRACY W OLEŚNIE

**WNIOSEK O SKIEROWANIE NA SZKOLENIE
WSKAZANE PRZEZ OSOBĘ ZAREJESTROWANĄ**

Nr wniosku:.....

Olesno, dnia.....

A. Wypełnia osoba zarejestrowana:

Nazwisko Imię

1. PESEL

2. Adres

3. Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość (w przypadku cudziemca).....

.....

Na podstawie art. 40 i art. 40b ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20.04.2004r. (tj. z dnia 10 marca 2023 r. Dz.U. z 2024 r. poz. 475 z późn.zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie szczegółowych warunków realizacji oraz trybu i sposobów prowadzenia usług rynku pracy z dnia 14 maja 2014 r. (Dz.U. z 2014 r. Poz. 667 z późn.zm.):

Zwracam się z prośbą o skierowanie mnie na szkolenie/kurs pn. :.....
.....

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
- założenie własnej działalności gospodarczej
- inne

Po zaznaczeniu wyżej wymienionego punktu proszę o dokładne specyfikowanie i opisanie celowości

B. Wypełnia PUP

1. Opinia doradcy klienta :

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

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 wyniosłaPLN.

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)

.....

UWAGA! Wypełnienie wniosku nie oznacza zakwalifikowania na szkolenie!

*niepotrzebne skreślić

Uwaga! Informacja stanowi załącznik do wniosku o skierowanie na szkolenie wskazane przez osobę zarejestrowaną

INFORMACJA O SZKOLENIU WSKAZANYM PRZEZ OSOBĘ ZAREJESTROWANĄ

Nazwa szkolenia

Planowany termin rozpoczęcia i zakończenia szkolenia

Nazwa i adres wskazanej instytucji szkoleniowej:

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

Nr w Rejestrze Instytucji Szkoleniowych.....

Ilość godzin szkolenia.....

Rodzaj dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia i uzyskanie kwalifikacji:

.....

Koszt szkolenia

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)