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 2023 r. poz. 735 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__

<u>Uzasadnienie celowości szkolenia</u>:
Celem szkolenia jest:
□ podjęcie pracy
□ założenie własnej działalności gospodarczej

□ inne

Po zaznaczeniu wyżej wymienionego punktu proszę o dokładne specyzowanie i opisanie celowości skierowania na szkolenie.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(podpis osoby zarejestrowanej)

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 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 pieczątka 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 zakończernia 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)