

**WNIOSEK O SFINANSOWANIE WYBRANEGO SZKOLENIA ORAZ / LUB EGZAMINU**

**OSOBY BEZROBOTNEJ / POSZUKUJĄCEJ PRACY\*:**

***Cz. I. Wypełnia osoba bezrobotna/poszukująca pracy\****

**Nazwa/rodzaj szkolenia oraz / lub egzaminu** ……………………………..………….……………….…….… …………………………………………………………………..............................................................................

**A. Dane wnioskodawcy :**

1. Nazwisko …………………………………….……………Imię……….…………………………………..…

2. Data urodzenia …………………………...……

3. PESEL (w przypadku braku rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość) ……………….……………………..……...

4. Adres zamieszkania (kod, miejscowość, ulica) ………………………………….…………….……………………..…

………………………………………………………………………………………………………………….…

5. Adres do doręczeń(kod, miejscowość, ulica) ……………………………………...……………………………..….…

……………………………………………………………………………………………………………….……

6.Nr telefonu………………….……………………………………………………………………………….…

7.Adres e-mail….…………………………………………………………………………..………………...…...

8. Poziom wykształcenia………………………..……..….…………………………………….……….…..…..

9. Zawód wyuczony ………………………………….………………………………….………………..……

10. Zawód ostatnio wykonywany…………………………………………………………………………….…..

11. Posiadane uprawnienia, umiejętności ………………………………………………….……..…………..….

……………………………………………………………….……………………………………………………

12. Czy posiada Pan/Pani Kartę Dużej Rodziny : Tak □ Nie □

13. Orzeczenie o rodzaju i stopniu niepełnosprawności…..……………………………..………….…..……….

**B. Uzasadnienie celowości szkolenia :**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....………………………………………………....……....……....

**Do wniosku dołączam:**

 oświadczenie pracodawcy o zamiarze /utrzymaniu zatrudnienia

 oświadczenie o zamiarze podjęcia działalności gospodarczej

**C. Dodatkowe informacje o wnioskowanym szkoleniu :**

(można wskazać proponowaną instytucję szkoleniową, jeżeli osoba bezrobotna/poszukująca pracy taką posiada, jednostka musi posiadać wpis do rejestru RIS lub BUR) :

Nazwa, adres oraz NIP wskazanej instytucji szkoleniowej : ……………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………….

koszt szkolenia……………………………………………………………………………………........................

termin szkolenia……………………………………………..………………………………….….……………..

inne informacje……………………………………………………………………………………………….......

………………………………………………………………………………………………………………..…..

Preferowana forma realizacji szkolenia:

[ ]  Stacjonarne [ ]  Hybrydowo [ ]  Online

W przypadku wyboru formy realizacji szkolenia online lub hybrydowo oświadcza,, że posiadam sprzęt niezbędny do realizacji szkolenia (komputer, łącze internetowe oraz warunki lokalowe do uczestnictwa w szkoleniu online)

Czy korzystał(a) Pan(i) z formy wsparcia związanej z podniesieniem kwalifikacji zawodowych finansowanych z Funduszu Pracy: Tak □ Nie □

Jeżeli **tak**, to proszę podać formę wsparcia i datę ukończenia :

…………………………………………………………………………………….……………………..………

………………………………………………………………………………………….…………………………

**Oświadczam, że:**

1. Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń,
2. Wyrażam zgodę na uczestnictwo w szkoleniu realizowanym poza terenem miasta Lubliniec;
3. Wszystkie dane i informacje zawarte w powyższym wniosku są zgodne z prawdą;
4. Spełniam wymagane do skierowania na wskazane szkolenie warunki, dotyczące charakterystyki i wymagań stawianych kandydatom do szkolenia;
5. **Poinformowano mnie, że wypełnienie wniosku nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem się na szkolenie,**
6. Poinformowano mnie, że rozpatrzenie wniosku uzależnione jest od stanu środków finansowych, pozostających
w dyspozycji PUP w Lublińcu;
7. Poinformowano mnie, że negatywny wynik badań lekarskich i/lub psychologicznych dyskwalifikuje mój udział
w szkoleniu;
8. Poinformowano mnie, że o sposobie rozpatrzenia wniosku zostanę poinformowany/a pisemnie, w terminie do 30 dni od daty wpływu kompletnego wniosku (wniosek niekompletny, bez wymaganych załączników nie podlega rozpatrzeniu);
9. Poinformowano mnie o przysługujących mi świadczeniach w trakcie trwania szkolenia;
10. Poinformowano mnie, że zgodnie z ustawą z dnia 20 marca 2025r. *o rynku pracy i służbach zatrudnienia*  osoba, która z własnej winy, po skierowaniu przez PUP lub zawarciu umowy, nie podjęła albo przerwała realizację formy pomocy, traci status bezrobotnego /poszukującego pracy na okres 90 dni chyba, że powodem niepodjęcia lub przerwania realizacji formy wsparcia było podjęcie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej, trwające co najmniej miesiąc. Pozbawienie statusu bezrobotnego/poszukującego pracy następuje od następnego dnia po dniu skierowania lub zawarciu umowy, albo od dnia przerwania realizacji formy pomocy;
11. Poinformowano mnie, że zgodnie z ww. ustawą osoba, która z własnej winy nie podjęła lub nie ukończyła szkolenia, zwraca koszty należne instytucji szkoleniowej, a także koszty badań lekarskich lub psychologicznych, ubezpieczenia, przejazdu, zakwaterowania, o ile zostały poniesione;
12. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach związanych z rekrutacją na szkolenia potrzeb 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.

….…………………………………………………..

 (data i podpis wnioskodawcy)

***Cz. II. Wypełniana przez pracowników Powiatowego Urzędu Pracy w Lublińcu***

**OPINIA DORADCY DS. ZATRUDNIENIA**

Status wnioskodawcy:

□ bezrobotny □ bezrobotny z orzeczony stopniem niepełnosprawności

□ poszukujący pracy □ poszukujący pracy z orzeczonym stopniem niepełnosprawności

Z prawem do zasiłku : TAK NIE okres przysługiwania zasiłku: od……….…..……do……..…..……….

- data rejestracji:………………………………… numer ewidencyjny:……………………………………………

- wykształcenie wnioskodawcy :……………………………………………………………….……………………

- czy wnioskowane wsparcie zostało uwzględnione w IPD: TAK NIE NIE DOTYCZY

**Czy są oferty pracy w zawodzie zgodnym z kierunkiem szkolenia?** (należy wskazać jakie):

…………………………………………………………………………………………..………….…………..………………………………………………………………...………………...…………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…

**Opinia w zakresie zasadności skierowania na szkolenie :**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Status osoby na rynku pracy:**

□ bezrobotny / poszukujący pracy\* posiadający Kartę Dużej Rodziny,

□ bezrobotny / poszukujący pracy\* powyżej 50. roku życia,

□ bezrobotny / poszukujący pracy\* bez kwalifikacji,

□ bezrobotny / poszukujący pracy\* niepełnosprawny,

□ długotrwale bezrobotny,

□ bezrobotny / poszukujący pracy\* będącymi osobami do 30. roku życia,

□ bezrobotny / poszukujący pracy\* samotnie wychowujący co najmniej jedno dziecko,

 **Końcowa opinia dot. skierowania na szkolenie:** **□** **pozytywna** **□** **negatywna**

 ……………………………………………………

 ( data, pieczątka i podpis doradcy ds. zatrudniania )

**INFORMACJA SPECJALISTY DS. ROZWOJU ZAWODOWEGO**

1. Czy osoba uczestniczyła w szkoleniach finansowanych przez urząd pracy?

□ TAK □ NIE

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

(jeżeli tak ,podać nazwę i termin kursu)

2. Czy w ciągu ostatnich 90 dni nastąpiło bez uzasadnionej przyczyny przerwanie szkolenia finansowanego przez urząd?

□ TAK □ NIE

3. Czy wnioskodawca podjął prace w terminie (do 3 miesięcy) po odbyciu ostatniego szkolenia finansowanego przez urząd pracy?

□ TAK □ NIE

……………………………………………………………...…………………………………………..………………………

(jeżeli tak, wymienić na jakim stanowisku)

1. Czy występuje konieczność skierowania na badania lekarskie lub psychologiczne? **Tak □ Nie □**

 Jeżeli tak, to jakie?

………………………………………………………………………………………………………………

1. Cel skierowania:

- przyuczenie do zawodu\*

- przekwalifikowanie\*

- doskonalenie zawodowe\*

- nauka umiejętności aktywnego poszukiwania pracy\*

 …………………….……….................................

 (data, pieczątka i podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego)

**DECYZJA**

**DYREKTORA POWIATOWEGO URZĘDU PRACY**

**POZYTYWNA / NEGATYWNA\***

………………….……………………………………………………………………………………………………………

 …………………………… ………………………………

 ( data ) (podpis i pieczątka)