Sejny, ……………………..

**Karta kandydata na szkolenie grupowe**

**w ramach programu własnego Powiatowego Urzędu Pracy w Sejnach**

**POSTAW NA ROZWÓJ- WYBIERZ CELNIE!!!**

**na zasadach określonych w art. 40**

**ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy**

**(Dz. U. z 2018r., poz. 1265 i 1149 z późn. zmianami)**

**DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| PESEL |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Numer telefonu |  |
| Adres e-mail |  |
| Wykształcenie  (kierunek, specjalność, nazwa i rok ukończenia szkoły) |  |
| Zawód wyuczony |  |
| Posiadane uprawnienia |  |
| Dodatkowe umiejętności |  |

**Nazwa kierunku szkolenia, którym zainteresowany jest kandydat** (odpowiednie proszę zaznaczyć):

|  |  |
| --- | --- |
| * KUCHARZ | * OPIEKUN OSOBY STARSZEJ |
| * PALACZ C. O. | * OPERATOR WÓZKÓW WIDŁOWYCH |
| * OPERATOR SPRZĘTU CIĘŻKIEGO (np.: koparka, koparko-ładowarka, ładowarka), proszę określić nazwę:………………………………………… | * MONTER RUSZTOWAŃ |

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

data i podpis kandydata na szkolenie

**INFORMACJA**

**Uwaga!**

**Wypełnienie karty nie oznacza zakwalifikowania na szkolenie**

Zgodnie z art. 75 § 2 KPA uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 kk: *”kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”* oświadczam, co następuje:

**\*\*Nie uczestniczyłem/am** w szkoleniu finansowanym ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania z powiatowego urzędu pracy w okresie ostatnich 3 lat.

**\*\*Brałem/am udział** w szkoleniu finansowanym ze środków Funduszu Pracy w okresie ostatnich 3 lat na podstawie skierowania z powiatowego urzędu pracy w:

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

*(adres urzędu pracy)*

w terminie: .....................................................................................................................................................

nazwa szkolenia: ............................................................................................................................................ koszt szkolenia : .............................................................................................................................................

**\*\*Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody** na skierowanie mnie na badania specjalistyczne poprzedzające organizację szkolenia …………………………………………………………………………………..……………………………………………

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby przez Powiatowy Urząd Pracy w Sejnach, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2018r. poz. 1000 z późn. zm.), dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 22 maja 2014r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji oraz trybu i sposobów prowadzenia usług rynku pracy (Dz. U. z 2014r. poz. 667).

**……………………………………………..**

*(podpis Wnioskodawcy)*

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

# OŚWIADCZENIE PRACODAWCY

Oświadczam, że po ukończonym szkoleniu: ......................................................................................

(podać pełną nazwę szkolenia)

zatrudnię Panią(a) .............................................................................................................................

zam. …………………….............................................................................................................................

na umowę o pracę/ umowę zlecenie/ umowę o dzieło\* na okres co najmniej 1 miesiąca.

Zatrudnienie nastąpi najpóźniej w ciągu 30 dni od daty zakończenia szkolenia.

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

/pieczęć i podpis pracodawcy/

**Część II (wypełniają pracownicy PUP)**

1. **Opinia Doradcy Klienta:**

|  |
| --- |
| pozytywna □  negatywna □  Uwagi: ………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Data: . ……………………….…………. …………………………………………  ( podpis i pieczęć Doradcy Klienta) |

**2.Opinia doradcy zawodowego** o predyspozycjach zawodowych i preferowanym kierunku szkolenia:

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

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

**Wniosek o skierowanie osoby bezrobotnej na specjalistyczne badania lekarskie/psychologiczne:**

Zgodnie z art.40 pkt.5 Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2018r, poz. 1265 i 1149 z późn. zm.)

UZASADNIENIE:

…………………………………………….

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

data podpis i pieczęć

**3.Informacja specjalisty ds. rozwoju zawodowego**

Udział w szkoleniu pozwoli zdobyć/podwyższyć/zmienić\* kwalifikacje, co zwiększy szanse na uzyskanie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej.

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

data podpis i pieczęć

**4. Decyzja Dyrektora PUP**

Kandydat zakwalifikowany □

Kandydat nie zakwalifikowany □

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

( data) (podpis i pieczęć Dyrektora PUP)