Sejny, ……………………..

**WNIOSEK**

**o skierowanie na szkolenie wskazane przez osobę uprawnioną**

na zasadach określonych w art. 40 ust. 3

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

(Dz. U. z 2022r., poz. 690 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 |  |

**INFORMACJA O WNIOSKOWANYM SZKOLENIU**

Nazwa szkolenia:

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

Nazwa i adres instytucji szkoleniowej

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

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

Koszt szkolenia: ..........................................................................................................................................

Planowany termin szkolenia: .....................................................................................................................

Liczba godzin szkolenia:..............................................................................................................................

**UZASADNIENIE CELOWOŚCI SZKOLENIA**

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

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

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

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

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

Informuję, że po ukończeniu wskazanego szkolenia zamierzam podjąć zatrudnienie na okres minimum ……………….. na………………………………………… (należy podać formę zatrudnienia)

**Uwaga!**

Powiatowy Urząd Pracy może skierować bezrobotnego na wskazane przez niego szkolenie, jeżeli uzasadni on celowość tego szkolenia.

Koszt szkolenia w części finansowanej z Funduszu Pracy nie może przekroczyć 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku.

Szkolenie wskazane przez osobę uprawnioną musi obejmować przeciętnie nie mniej niż 25 godzin zegarowych w tygodniu. Instytucja szkoleniowa przeprowadzająca szkolenie musi posiadać aktualny wpis do rejestru instytucji szkoleniowych.

W przypadku przerwania szkolenia z własnej winy, osoba uprawniona zobowiązana jest do zwrotu kosztów tego szkolenia.

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).

Sejny, dnia **.................................................. ……………………………………………..**

*(podpis Wnioskodawcy)*

**Część II (wypełniają pracownicy PUP)**

1. **Opinia Doradcy Klienta:**

|  |
| --- |
| Czy wskazane przez kandydata szkolenie wynika z Indywidulanego Planu Działania  TAK □ NIE □ |
| 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 2022r, poz.690 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)