Sejny, ……………………..

**Karta kandydata na szkolenie grupowe**

na zasadach określonych w art. 40

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

***Informacja***

* W celu właściwego wypełnienia karty należy go uważnie przeczytać oraz zapoznać się z REGULAMINEM **organizacji szkoleń, finansowania kosztów egzaminu lub uzyskania licencji oraz sfinansowania kosztów studiów podyplomowych
dla osób bezrobotnych, poszukujących pracy niepełnosprawnych i innych uprawnionych osób zarejestrowanych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Sejnach**
* Wniosek należy wypełnić czytelnie **wyraźnym (np. drukowanym) pismem.**
* Wszystkie pozycje w Karcie należy wypełnić lub wpisać „nie dotyczy”.
* Złożenie **Karty kandydata na szkolenie grupowe** nie oznacza skierowania na szkolenie.
* Złożony Wniosek oraz załączniki nie podlegają zwrotowi ani kopiowaniu.
* **Od negatywnego** **rozpatrzenia Wniosku nie przysługuje odwołanie.**

**DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

1. Nazwisko………………………………………………………………….Imię……………………………….………………....……………..
2. PESEL (w przypadku cudzoziemca nr dokumentu stwierdzającego tożsamość): …………………………….….…………………
3. Adres zam…………………………………………………………………………………………………………………………………………
4. Numer telefonu i adres e-mail…………………………………………………………………………………………………………..
5. Wykształcenie………………………………………………………………...…………………………...…………………….………………

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

(nazwa i rok ukończenia szkoły)

1. Zawód wyuczony…………………………………………………………………….…………………………………………..……………
2. Zawód wykonywany (ostatni) ………………………………………………………………………….……………………….……….…
3. Posiadane uprawnienia……………………………………….………………………………………………………….……...............

**Nazwa kierunku szkolenia, którym zainteresowany jest kandydat ( proszę wpisać jeden):** …………………………………………………………………………………………………………………………..........................................

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

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

 data podpis kandydata na szkolenie

**W przypadku skierowania na szkolenie wskazuję nr konta bankowego, na które będzie wypłacane stypendium szkoleniowe.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**…………………………………………………**

(podpis kandydata na szkolenie)

**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.

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

 data podpis kandydata na szkolenie

**Część II (wypełniają pracownicy PUP)**

## OPINIA DORADCY KLIENTA

**Rejestracja**

 pierwsza ponowna Data ostatniej rejestracji ……………………….……….

**Czy wskazane przez kandydata szkolenie wynika z Indywidulanego Planu Działania**

□ TAK □ NIE

**Informacje o korzystaniu z subsydiowanych form wsparcia**

(czy osoba korzystała, czy je ukończyła, czy odmawiała przyjęcia propozycji aktywizacji/oferty pracy ze strony PUP):

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

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

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

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

**Potwierdzenie celowości skierowania na szkolenie**

(informacja o szacowanych szansach na podjęcie zatrudnienia po szkoleniu, czy planuje szkolenie w zawodzie deficytowym na lokalnym rynku pracy, lub o tym od jakiego pracodawcy kandydat posiada deklarację zatrudnienia):

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

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

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

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

 ………………………...………………………..

 (data, podpis i pieczątka doradcy klienta)

### **OPINIA DORADCY ZAWODOWEGO**

(o posiadaniu predyspozycji zawodowych do wykonywania pracy zgodnej z kwalifikacjami uzyskanymi po ukończeniu planowanego szkolenia)

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

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

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

Czy występuje konieczność skierowania na specjalistyczne badania lekarskie ?

□ TAK □ NIE

 ………………………...………………………..

 (data, podpis i pieczątka doradcy zawodowego)

### **OPINIA SPECJALISTY DS. ROZWOJU ZAWODOWEGO:**

**Czy wniosek został złożony przez osobę uprawnioną?**

 □ TAK □ NIE

jeżeli nie to dlaczego: …………………………………………………………………………………………………….………………………

**Czy wnioskodawca spełnia przynajmniej jeden z ustawowych kryteriów?**

□ TAK □ NIE

jeżeli tak to, które:

□ przyuczenie do zawodu □ przekwalifikowanie □ doskonalenie zawodu

 □ nauka umiejętności poszukiwania i uzyskiwania zatrudnienia

**Czy uzasadnienie celowości jest wystarczające?**

□ TAK □ NIE

jeżeli nie to dlaczego: ……………………………………………………………………………………………………….………………………

**Czy wnioskodawca uczestniczył dotychczas w szkoleniach organizowanych przez PUP oraz nie przekroczył ustawowego limitu na koszty szkolenia w wysokości dziesięciokrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę na jedną osobę w okresie ostatnich 3 lat?**

□ TAK □ NIE

**Tryb skierowania na szkolenie:**

□ z inicjatywy PUP

□ z inicjatywy kandydata na wskazane przez niego szkolenie

□ z inicjatywy pracodawcy

 ..………………………...………………………..

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

### **Opinia i podpisy komisji**

**POZYTYWNA/NEGATYWNA** Doradca klienta ..………………………...………………………..

**POZYTYWNA/NEGATYWNA** Doradca zawodowy ..………………………...………………………..

**POZYTYWNA/NEGATYWNA** Specjalista ds. rozwoju zawodowego ..………………………...………………………..

### **Decyzja Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy**

 **POZYTYWNA** **NEGATYWNA**

**………………………… …………………………………………………….**

(data) (podpis i pieczątka Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy)