



Powiatowy Urząd Pracy w Sejnach

16-500 Sejny, ul. Łąkowa 26, tel: 87 51 63 970, fax: 87 51 63 375

Dyrektor: 87 51 63 977

REGON: 790742853

e-mail: biuro@pup.sejny.pl

NIP: 844-193-05-83

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
(Dz. U. z 2016r., poz. 645 z późn. zm.)

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 (proszę wpisać jeden):

.....
.....

.....

data

.....

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 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 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)

1. Opinia Doradcy Klienta:

pozytywna <input type="checkbox"/>
negatywna <input type="checkbox"/>
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 ust..5 Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. Z 2016r, poz. 645 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)