Sejny, ……………………..

**Wniosek o skierowanie na szkolenie ze środków**

**Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

**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 i/lub PFRON na podstawie skierowania z powiatowego urzędu pracy w okresie ostatnich 3 lat.

**\*\*Brałem/am udział** w szkoleniu finansowanym ze środków Funduszu Pracy i/ lub PFRON 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 2019r. poz. 1781z 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:**

|  |
| --- |
| 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 2020r, poz. 1409 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)