|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LogoUP | **POWIATOWY URZĄD PRACY W ZĄBKOWICACH ŚLĄSKICH**  ul. Powstańców Warszawy 7  57-200 Ząbkowice Śląskie  tel. (74) 8 166 724, fax (74) 8 166 720  email: wrza@praca.gov.pl | logo caz |

…………………………, dn. ………………… roku

(miejscowość)

Nr ewidencyjny wniosku …………………….

**Wniosek**

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

**Cz. I. Wypełnia kandydat na szkolenie**

1. Nazwisko ………………………………………………... Imię …………………………………………………………
2. PESEL(w przypadku cudzoziemca numer dokumentu stwierdzającego tożsamość): …………..………………………. Nr telefonu …………..………………….
3. Adres zamieszkania……………………………...………………………………………………………………………
4. Adres zameldowania …………………………………………………………………….............................................
5. Wykształcenie :

[ ] gimnazjalne i poniżej

[ ] policealne i średnie zawodowe

[ ] średnie ogólnokształcące

[ ] zasadnicze zawodowe

[ ] wyższe

1. Zawód wyuczony ………………………………………………………………………………………………………….

- zawód wykonywany najdłużej ………………………………………………………………………………………………

- zawód wykonywany ostatnio ……………………………………………………………………………………………….

1. Posiadane uprawnienia, umiejętności: …………………………………………………………………………………  
   ……………………………………………………………………………………………………………………………….
2. Nazwa/kierunek wnioskowanego szkolenia……………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
3. Uzasadnienie celowości skierowania na wskazane szkolenie ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………….

(podpis wnioskodawcy)

**Oświadczam, że:**

* dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą,
* zostałem poinformowany, że złożony wniosek na szkolenie nie oznacza zakwalifikowanie na szkolenie,
* poinformowano mnie, że zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia   
  i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz.U. z 2024 r., poz.475 z późn. zm.) osoba, która odmówiła przyjęcia propozycji szkolenie albo przerwała je bez uzasadnionej przyczyny bądź po skierowaniu nie podjęła szkolenia, traci status osoby bezrobotnej na okres:
* 120 dni w przypadku pierwszej odmowy,
* 180 dni w przypadku drugiej odmowy,
* 270 dni w przypadku trzeciej i każdej kolejnej odmowy,

chyba, że powodem odmowy lub przerwania szkolenia było podjęcie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej.

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

|  |
| --- |
| Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. 119.1 z 04.05.2016) informuję, iż: |
| *Administratorem danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy z siedzibą w Ząbkowicach Śląskich (57-200) przy ulicy Powstańców Warszawy 7. Z administratorem można skontaktować się mailowo:* [*w*rza@praca.gov.pl](mailto:wrza@praca.gov.pl) *lub pisemnie na adres siedziby administratora. Dyrektor wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez e-mail:* [*iod@z*abkowice-powiat.pl](mailto:iod@zabkowice-powiat.pl)*.*  *Dane przetwarzane są dla celów związanych z rozpatrzeniem wniosku o skierowanie na szkolenie wskazane przez osobę uprawnioną, na podstawie ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.*  *Dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych, którymi mogą być podmioty upoważnione na podstawie odpowiednich przepisów prawa. Szczegółowe informacje związane z przetwarzaniem danych osobowych zamieszczone zostały w klauzuli informacyjnej wywieszonej na tablicy ogłoszeń lub na stronie internetowej:* [*www.zabkowiceslaskie.praca.gov.pl*](http://www.zabkowiceslaskie.praca.gov.pl) *w zakładce „Ochrona danych osobowych”.* |

…………………………………. ……………………………………….

(data) (podpis wnioskodawcy)

**Cz. II. Wypełniana przez pracowników Powiatowego Urzędu Pracy w Ząbkowicach Śląskich**

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

**Pozytywna/negatywna\***

uzasadnienie:

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

……………………………………….

(data, podpis i pieczęć)

1. **Opinia doradcy klienta:**

- Status osoby uprawnionej:

1. osoba bezrobotna
2. poszukująca pracy

- Wnioskowane szkolenie wynika ze wskazań w indywidualnym planie działania **TAK/ NIE**

…………………………………………….

(data, podpis doradcy klienta )

1. **Opinia specjalisty ds. rozwoju zawodowego:**

- Dotychczasowe uczestnictwo w szkoleniach organizowanych przez Powiatowy Urząd Pracy w Ząbkowicach Śląskich: …………………………………………………………………………………………………………………………  
…………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………….

**-**Poniesiony koszt dotychczasowych szkoleń organizowanych przez PUP **przekroczył/ nie przekroczył**\*  
10-krotności minimalnego wynagrodzenia za pracę na jedną osobę w okresie kolejnych trzech lat zgodnie z art.. 109a ust 1 ustawy z dn. 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U.  
 z 2024 r. poz. 475 późn. zm.).

**-**Poniesiony koszt dotychczasowych szkoleń w danym roku **przekroczył/ nie przekroczył**\*300% przeciętnego wynagrodzenia zgodnie z art. 40 ust. 3 w/w ustawy.

**Powód skierowania na szkolenie:**

brak kwalifikacji zawodowych\*, konieczność zmiany lub uzupełnienia kwalifikacji\*, utrata zdolności do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie\*, brak umiejętności aktywnego poszukiwania pracy\*

………………………………………………….

(data i podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego)

1. **Opinia komisji ds. kwalifikacji osób bezrobotnych na szkolenia grupowe i indywidualne:**

**pozytywna/negatywna\***

[ ] zakwalifikowany(a) na szkolenie

[ ] niezakwalifikowany(a) na szkolenie

**uzasadnienie:**

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

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

…………………………………

(data, podpis i pieczęć)

1. **Decyzja Starosty**

Postanawiam zakwalifikować kandydata na wskazane szkolenie/postanawiam nie zakwalifikować kandydata na wskazane szkolenie\*

ewentualne uzasadnienie:

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

……………………………………….

data, podpis i pieczęć)

**\*niepotrzebne skreślić**

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Oświadczam, że w okresie ostatnich 3 lat uczestniczyłem/am, w szkoleniach finansowanych ze środków funduszu pracy na podstawie skierowania z powiatowego urzędu pracy\*\* ** tak  nie\***

W przypadku uczestnictwa w szkoleniach należy wskazać nazwę szkolenia, okres uczestnictwa w szkoleniu oraz adres urzędu pracy, który wydał skierowanie na szkolenie.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa szkolenia** | **Okres uczestnictwa  w szkoleniu** | **Adres urzędu pracy, który wydał skierowanie na szkolenie** | **UWAGI** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**\*\* dotyczy powiatowych urzędów pracy na terenie całej Polski**

**Niniejsze oświadczenie składam pouczony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego:„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 od 6 miesięcy do lat 8.”**

……………………………………

Data i podpis wnioskodawcy

\* właściwe zaznaczyć