Parczew, dnia …………….

**WNIOSEK O SKIEROWANIE NA SZKOLENIE WSKAZANE PRZEZ OSOBĘ UPRAWNIONĄ**

**Podstawa prawna:**

Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku (Dz. U. z 2024 r., poz. 475) Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14.05.2014 r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji oraz trybu i sposobów prowadzenia usług rynku pracy (Dz. U. z 2014 r., poz. 667)

**Cz. I Wypełnia wnioskodawca**

**Uwaga!** Wypełnienie wniosku nie oznacza zakwalifikowania na szkolenie.

**Ubiegam się o sfinansowanie szkolenia pod nazwą:**

|  |
| --- |
|  |

1. Nazwisko ……………………… Imię ………….…… data urodzenia …..……………
2. PESEL: ………………………………..….

w przypadku cudzoziemca numer dokumentu stwierdzającego tożsamość: ……..……….……………………

1. Adres zamieszkania ……………………….……………….……………..…………..…

nr telefonu (warunek konieczny) .……………………….. e-mail……..………….….…..

1. Wykształcenie ……………………………………….……………………………….…..

(nazwa i rok ukończenia szkoły)

1. Zawód wyuczony………………………………… - wykonywany……………………

**7**. Posiadane uprawnienia …………………………………………………………….….

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

**8.** Przebieg pracy zawodowej (należy podać ostatnie miejsca pracy):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Okres przepracowany | | Nazwa pracodawcy  (zakładu pracy) | Zajmowane stanowisko, rodzaj wykonywanych zadań |
| od | do |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**9. W Powiatowym Urzędzie Pracy w Parczewie posiadam status:**

🗌 **osoby bezrobotnej** z prawem do zasiłku/ bez prawa\* do zasiłku (\*skreślić niewłaściwe)

🗌 **osoby poszukującej pracy** (zaznaczyć właściwe):

* jestem w okresie wypowiedzenia stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn dotyczących zakładu pracy
* jestem zatrudniony/-a u pracodawcy, wobec którego ogłoszono upadłość lub który jest w stanie likwidacji, z wyłączeniem likwidacji w celu prywatyzacji
* otrzymuję świadczenie socjalne przysługujące na urlopie górniczym lub górniczy zasiłek socjalny, określone w odrębnych przepisach
* uczestniczę w indywidualnym programie integracji bądź w zajęciach w Centrum Integracji Społecznej
* jestem żołnierzem rezerwy
* pobieram rentę szkoleniową
* pobieram świadczenie szkoleniowe
* podlegam ubezpieczeniu społecznemu rolników w pełnym zakresie na podstawie przepisów o ubezpieczeniu społecznym rolników, jako domownik lub małżonek rolnika, oraz zamierzam podjąć zatrudnienie, inną pracę zarobkową lub działalność gospodarczą poza rolnictwem,
* jestem cudzoziemcem, o którym mowa w art. 1 ust. 3 pkt 2 lit. h, ha lub hb, z zastrzeżeniem art. 1 ust. 6 i 7 Ustawy,
* jestem poszukującym pracyniepozostającym w zatrudnieniu lub niewykonującym innej pracy zarobkowej opiekunem osoby niepełnosprawnej, z wyłączeniem opiekunów osoby niepełnosprawnej pobierających świadczenie pielęgnacyjne lub specjalny zasiłek opiekuńczy na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, lub zasiłek dla opiekuna na podstawie przepisów o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów

🗌 **C -** **pracownika lub osoby wykonującej inną pracę zarobkową lub działalność gospodarczą**, **w wieku 45 lat i powyżej,** zainteresowaną/ego pomocą w rozwoju zawodowym, po zarejestrowaniu się w Powiatowym Urzędzie Pracy w Parczewie jako poszukująca pracy

\*\*\* należy złożyć z wnioskiem zgodę pracodawcy na udział w szkoleniu, przez co najmniej 25 godzin zegarowych w tygodniu, rekomendacja do uczestniczenia w szkoleniu wystawiona przez pracodawcę

oraz sposób i okres zatrudnienia u danego pracodawcy.

Posiadam przeciwwskazania zdrowotne do pracy (proszę właściwe zaznaczyć)

🗌 TAK 🗌 NIE

W przypadku zaznaczenia TAK, należy podać przeciwwskazania:

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

**10. Uzasadnienie celowości skierowania na wnioskowane szkolenie:**

Uzasadnienie własne konieczne jest pomimo złożenia Oświadczenia pracodawcy lub Oświadczenia o zamiarze podjęcia działalności gospodarczej po ukończeniu szkolenia. Należy wykazać czy istnieje konieczność uzyskania, zmiany, podwyższenia kwalifikacji zawodowych, lub czy wskutek utraty zdolności do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie konieczne jest przekwalifikowanie zawodowe. Należy wskazać aktualne oferty pracy w zawodzie zgodnym z kierunkiem szkolenia oraz szanse na podjęcie zatrudnienia:

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

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

**11.** Jakie są Pana/i oczekiwania w zakresie wiedzy i umiejętności w związku   
z wnioskowanym szkoleniem? ………………………………………………………....……………………………….……………………………………………………………………………………………………….…

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

**12.** Czy posiada Pan/i propozycję pracy pod warunkiem ukończenia wskazanego szkolenia? (TAK/NIE) .................................

**13.** Czy planuje Pan/i podjąć działalność gospodarczą po ukończeniu wskazanego szkolenia? (TAK/NIE) .................................

**14**. Oświadczam, że w okresie ostatnich trzech lat:

nie uczestniczyłem/am w szkoleniu finansowanym ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania z Powiatowego Urzędu Pracy

uczestniczyłem/am w szkoleniu/ach

**W przypadku uczestniczenia w szkoleniu należy podać:**

Nazwa odbytego szkolenia …………………………………………………………………

Planowana data rozpoczęcia i zakończenia szkolenia ………………………………….

Nazwa Urzędu Pracy, który wydał skierowanie na szkolenie …………………………...

Łączna kwota kosztów szkolenia nie przekroczyła/przekroczyła\* dziesięciokrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę na jedną osobę w okresie ostatnich trzech lat.

**15**. Dodatkowe informacje o wnioskowanym szkoleniu (PUP zastrzega prawo wyboru Instytucji Szkoleniowej):

Nazwa szkolenia …………………….…………………………………………………….…

Nazwa i adres Instytucji Szkoleniowej ……………………………………………………...

Planowany termin szkolenia ….………………………………………………………….....

Koszt szkolenia ………………………………….……………………………………….…..

Inne istotne informacje o szkoleniu ………………………………………………………....

**16.** Oświadczam, że w przypadku kosztu szkolenia przekraczającego kwotę dostępnego limitu, różnicę sfinansuję z własnych środków i rozliczę z instytucją szkoleniową:

TAK NIE NIE DOTYCZY

**17.** Oświadczam, że w przypadku szkolenia poza Parczewem sfinansuję koszty pobytu na szkoleniu:

🗌 TAK 🗌 NIE 🗌 NIE DOTYCZY

**17. Oświadczam, że:**

1. Wszystkie dane i informacje zawarte w powyższym Wniosku są zgodne z prawdą.
2. Poinformowano mnie, że zgodnie z Ustawą [**z dnia 20 kwietnia 2004 r.**](http://www.up.warszawa.pl/prawo/ustawa_promocja2.pdf) **o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy** osoba, która odmówi przyjęcia propozycji szkolenia, przerwie je bez uzasadnionej przyczyny bądź po skierowaniu nie podejmie 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 niepodjęcia po skierowaniu lub przerwania z własnej winy szkolenia było podjęcie zatrudnienia innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że po sprawdzeniu poprawności złożonych dokumentów, analizie wniosku oraz weryfikacji stanu środków finansowych przeznaczonych na szkolenia w trybie indywidualnym, Urząd Pracy poinformuje mnie pisemnie w ciągu 30 dni od złożenia wniosku o wyniku jego rozpatrzenia.
4. Zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku podjęcia przeze mnie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej w trakcie trwania szkolenia, mam prawo do ukończenia tego szkolenia bez konieczności ponoszenia jego kosztów.
5. W przypadku nie ukończenia szkolenia z własnej winy zobowiązuję się do zwrotu kosztów szkolenia z wyjątkiem sytuacji, gdy powodem nieukończenia szkolenia było podjęcie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej.
6. Zostałem/am poinformowany/a, że utrata przeze mnie statusu osoby bezrobotnej lub statusu osoby poszukującej pracy przed lub w dniu rozpoczęcia szkolenia jest równoznaczne z brakiem możliwości sfinansowania jego kosztów przez Powiatowy Urząd Pracy w Parczewie.
7. Zostałem/am poinformowany/a, że utrata statusu osoby bezrobotnej przed dniem rozpoczęcia szkolenia stanowi podstawę do wszczęcia postępowania w sprawie zwrotu nienależnie pobranego stypendium.
8. Zostałem/am poinformowany/a, że koszty szkolenia podlegają zwrotowi w przypadku, gdy skierowanie na szkolenie nastąpiło na podstawie nieprawdziwych oświadczeń lub sfałszowanych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd Powiatowego Urząd Pracy w Parczewie przez osobę skierowaną na szkolenie (zgodnie z art. 76 ust. 2 pkt. 4 Ustawy). W sytuacji gdy Powiatowy Urząd Pracy w Parczewie poniósł koszty szkolenia, koszty egzaminu, koszty badań, a utrata statusu osoby bezrobotnej lub statusu osoby poszukującej pracy nastąpi z datą wcześniejszą niż data rozpoczęcia szkolenia, odbycia badań lub egzaminu zobowiązany/a jestem do zwrotu kosztów poniesionych przez Powiatowy Urząd Pracy w Parczewie.
9. Zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku podjęcia zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej, obowiązany/-a jestem zawiadomić Urząd o tym fakcie. W tym celu w terminie 7 dni od dnia podjęcia pracy lub działalności gospodarczej należy przedłożyć w Powiatowym Urzędzie Pracy w Parczewie dokument potwierdzający podjęcie pracy lub działalności gospodarczej  (np. kopia umowy o pracę lub kopia umowy zlecenie – oryginał do wglądu, zaświadczenie z zakładu pracy o zatrudnieniu lub wydruk z CEiDG). Dokument należy dostarczyć do kancelarii Urzędu.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie   
i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby przez Powiatowy Urząd Pracy w Parczewie dla celów związanych z rozpatrzeniem wniosku oraz realizacji szkolenia, o którym mowa w art. 40-41,43 ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 r. poz. 475) zgodnie z art. 13 i art. 14 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. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r.)

.………………………. .……………….………………………….

(data) (podpis wnioskodawcy)

**Cz. II. Wypełnia Powiatowy Urząd Pracy**

1. Opinia pośrednika pracy

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

……………………………..……………

(data i podpis pośrednika pracy)

2. Opinia specjalisty do spraw rozwoju zawodowego:

2.1. Czy wnioskodawca spełnia określone ustawą warunki do skierowania na szkolenie? ............. (tak/nie)

Jeżeli nie to dlaczego: ………………………………………………………………………..

2.2. Czy istnieje konieczność skierowania wnioskodawcy do doradcy zawodowego? .................... (tak/nie)

2.3. Czy występuje konieczność skierowania na specjalistyczne badania lekarskie? …………….. (tak/nie)

2.4. Cel szkolenia: przyuczenie do zawodu\*), - przekwalifikowanie\*), - doskonalenie zawodowe)\*), - nauka umiejętności poszukiwania i uzyskiwania zatrudnienia\*).

2.5.Uwagi ……………………………………………………………………………………………......

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

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

**……………………………………………….**

(data i podpis specjalisty do spraw rozwoju zawodowego)

3. Opinia doradcy zawodowego:

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

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

**……………………………………………….**

(data i podpis doradcy zawodowego)

4. Komisja Kwalifikacyjna\*\*) w dniu ……………… wnioskuje na podstawie :

skierować\*), nie skierować\*) na następujące szkolenie: …………………………………

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

Uzasadnienie:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Przewodniczący……………………..…………… …………………….

(Imię i nazwisko, stanowisko) (podpis)

Członkowie: ………………………………… ……………………

………………………………… …..…………….…

……………………………… ……………………

**Opinia**

**Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy**

Kandydat zostaje skierowany\*), nie zostaje skierowany\*)

………………… …………………………..………………

(data) (podpis i pieczątka Dyrektora PUP)

\*) niepotrzebne skreślić, \*\*) Komisję Kwalifikacyjną powołuje Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy