Załącznik nr 4 do Kryteriów

…… ……
/numer ewidencyjny kandydata-wypełnia pracownik PUP/ /miejscowość, dnia/

KARTA KANDYDATA NA SZKOLENIE GRUPOWE

Część A (wypełnia kandydat na szkolenie)

1.Nazwisko .....Imię .....

2. PESEL: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

3. Seria i numer dowodu osobistego (a w przypadku cudzoziemca numer dowodu stwierdzającego tożsamość): ……

4. Adres zamieszkania wnioskodawcy: ……

……

Adres korespondencyjny, w przypadku gdy jest inny niż adres zamieszkania:

……

5. Numer telefonu i/lub adres e-mail: ……

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

……

……

....
data podpis kandydata na szkolenie

Jednocześnie oświadczam, że:

- Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2016r. poz. 922 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w zgłoszeniu do celów rekrutacyjnych i monitorujących realizację szkolenia, jak i przeprowadzenia po ukończeniu szkolenia badań dotyczących skuteczności tej formy aktywizacji zawodowej.

....
data podpis kandydata na szkolenie

U W A G A ! Wypełnienie karty nie oznacza zakwalifikowania na szkolenie

Dokument stworzony w oparciu o:
Zarządzenie Nr 15/2024 Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Skarżysku - Kamiennej z dnia 09.01.2024 , obowiązuje od dnia 09.01.2024 r.

Część B (wypełniają pracownicy PUP)

I. Opinia Doradcy Klienta:
W zakresie zgodności wnioskowanego wsparcia z ustaleniami założonymi w indywidualnym planie działania (IPD)

☐ zgodne z ustaleniami założonymi w IPD

☐ niezgodne z ustaleniami założonymi w IPD

……
(data i podpis Doradcy Klienta)

II. Opinia Doradcy Zawodowego:
Czy wymagana jest opinia doradcy zawodowego *(na podst. art. 40 ust. 5 Ustawy o promocji zatrudnienia ….)*

☐ NIE

☐ TAK – w przypadku zaznaczenia wypełnić poniżej opinię

……
(data i podpis Doradcy Zawodowego)

Opinia doradcy zawodowego o predyspozycjach zawodowych i preferowanym kierunku szkolenia:
……
……
……

…… ……
(data) (pieczęć i podpis Doradcy Zawodowego)

III. 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 specjalisty ds. rozwoju zawodowego

IV. Kandydat zakwalifikowany / Kandydat nie zakwalifikowany*
Nazwa szkolenia ……
……

…… ……
data (podpis i pieczęć Dyrektora PUP)

* niepotrzebne skreślić