…………………………………………………

 Numer wniosku /nadaje pracownik PUP/

..............................................

 miejscowość, data

**Część A – Dane wnioskodawcy**

* 1. Imię i nazwisko wnioskodawcy: …………………………………………………………............………
	2. Adres zamieszkania wnioskodawcy: .....………………………………………...........……………………...

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

* 1. PESEL: □□□□□□□□□□□
	2. Seria i numer dowodu osobistego (a w przypadku cudzoziemca numer dowodu stwierdzającego tożsamość): ………………………………………………...........................…………………...............................
	3. Numer telefonu i/lub adres e-mail: …………………………………………..............…………….......……

**Wniosek o skierowanie na szkolenie wskazane przez osobę bezrobotną/poszukującą pracy**

 **I. Nazwa wnioskowanego szkolenia:** ...................................................................................................................

...................................................................................................................................................................................

1. Własne **uzasadnienie celowości uczestniczenia we wskazanym szkoleniu** (prosimy wskazać w jaki sposób uczestnictwo w szkoleniu przyczyni się do uzyskania pracy lub otworzenia własnej działalności gospodarczej):

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

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

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

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

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

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

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

2. Posiadam uzasadnienie celowości skierowania na wskazane szkolenie w postaci (proszę zaznaczyć właściwe):

□ Oświadczenie przyszłego pracodawcy o zamiarze powierzenia osobie odpowiedniej pracy - Część B

□ Oświadczenie o zamiarze podjęcia działalności gospodarczej po ukończeniu szkolenia - Część C

□ Oświadczenie obecnego Pracodawcy dotycząca utrzymania zatrudnienia dla pracownika lub osoby wykonującej inną pracę zarobkową w wieku 45 lat i powyżej - Część D

1. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1\* Kodeksu Karnego

\* „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

**Oświadczam, że:**

1. **w okresie 3 ostatnich lat** **UCZESTNICZYŁEM(AM)/NIE UCZESTNICZYŁEM(AM)\***
w szkoleniach finansowanych ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania z innego Powiatowego Urzędu Pracy. Jeżeli osoba uczestniczyła w takich szkoleniach to prosimy wskazać urząd pracy , który wydał skierowanie oraz nazwę szkolenia: ........................................................................................................................

.................................................................................................................................................................................

1. wszystkie dane i informacje zawarte w powyższym wniosku są zgodne z prawdą.

**Jednocześnie oświadczam że:**

* Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby przez Powiatowy Urząd Pracy w Skarżysku-Kamiennej, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2018r. 1000 z późn. zm.) dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku, realizacją umowy, monitorowaniem realizacji szkolenia, jak i przeprowadzenia po ukończeniu szkolenia badań dotyczących skuteczności tej formy aktywizacji zawodowej.
* Zapoznałem/am się z kryteriami dotyczącymi realizacji usługi szkoleń/szkoleń grupowych – wskazanych przez osobę bezrobotną/poszukującą pracy.
* Zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku nie ukończenia szkolenia z własnej winy zostanę zobowiązany/a do zwrotu poniesionych przez PUP kosztów szkolenia,
* Zostałem/am poinformowany/a, że osoba, która odmówiła bez uzasadnionej przyczyny albo przerwała 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,
* Zostałem/am poinformowany/a, że po sprawdzeniu poprawności złożonych dokumentów, analizie wniosku oraz weryfikacji stanu środków finansowych pozostających w dyspozycji urzędu przeznaczonych na tą formę pomocy, Urząd Pracy w Skarżysku-Kamiennej poinformuje mnie na piśmie w ciągu 30 dni od złożenia wniosku o sposobie jego rozpatrzenia.

**Osoba może załączyć do niniejszego wniosku informacje o wybranym przez siebie szkoleniu, uwzględniające**:

1. nazwę i termin szkolenia oraz nazwę i adres wskazanej instytucji szkoleniowej;
2. koszt szkolenia;
3. inne informacje o wskazanym szkoleniu, które osoba wnioskująca uzna za istotne**.**

**Uwaga!**

 **- Wnioski niekompletne nie będą rozpatrywane do momentu ich uzupełnienia.**

...............................................

 podpis wnioskodawcy

*\* niepotrzebne skreślić*

**Część B - Wypełnia Pracodawca ( dotyczy osób, które po szkoleniu chcą podjąć zatrudnienie lub inną pracę zarobkową)**

....................................... .....................................

 (pieczęć pracodawcy) (miejscowość, data)

***Oświadczenie przyszłego Pracodawcy o zamiarze powierzenia osobie odpowiedniej pracy***

........................................................................................................................................................

(pełna nazwa pracodawcy)

........................................................................................................................................................

(adres pracodawcy)

Nr telefonu: ...................................................

Fax:................................................................

Adres e-mail:.................................................

NIP:................................................................

REGON: ........................................................

EKD:...............................................................

Rodzaj prowadzonej działalności: ..................................................................................................

**Oświadczam gotowość do zatrudnienia**:

Pana/ią .............................................................................................................................................

(imię i nazwisko osoby uprawnionej)

..........................................................................................................................................................

(adres zamieszkania, data urodzenia)

**w terminie do 60 dni od ukończenia szkolenia**

..........................................................................................................................................................

 (kierunek szkolenia)

**na stanowisku**..................................................................................................................................

(nazwa stanowiska)

**celem powierzenia następujących obowiązków:**

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

**Deklaruję zatrudnić w/w osobę bezrobotną na czas nieokreślony/ określony (………………..…),**

**w pełnym wymiarze czasu pracy.**

Pracodawca informuje iż:

* liczba pracowników zatrudnionych (na umowę o pracę) na dzień wydania oświadczenia wynosi:.......osób.
* nie znajduje się w trudnej sytuacji ekonomicznej – czyli zagrożony,
* jest pracodawcą w stosunku do którego nie toczy się postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o jego likwidację.

..........................................................

 (Pieczęć i podpis pracodawcy)

**Część C - Wypełnia osoba bezrobotna (dotyczy osób, które po zakończeniu szkolenia zamierzają otworzyć własną działalność gospodarczą)**

Ja ………………………..........................................................................................................................................

 /imię i nazwisko/

zamieszkały/a: ………………………………………………………………………………………………..........………………

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

oświadczam, że zamierzam podjąć działalność gospodarczą zgodnie z poniższym opisem w okresie do 60 dni
od dnia ukończenia wskazanego szkolenia: ……………………………………………………………………….

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

  /nazwa szkolenia/

**OPIS PLANOWANEGO PRZEDSIĘWZIĘCIA**

**1. Rodzaj działalności gospodarczej** (krótki opis zamierzonego przedsięwzięcia z podaniem zakresu rodzaju działalności):

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

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

**2. Adres, pod którym zamierzam prowadzić działalność gospodarczą :**

....................................................................................................................................................................................

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

**3. Czy kiedykolwiek prowadził(a) Pan(i) działalność gospodarczą?**

TAK/NIE\*

w okresie od.............................. do ........................................

w okresie od.............................. do........................................

rodzaj prowadzonej działalności

....................................................................................................................................................................................

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

**4. Kroki podjęte w kierunku planowanej działalności:**

a)uzyskane pozwolenia, zaświadczenia, zezwolenia, certyfikaty itp.

....................................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

b) odbyte kursy szkolenia:

....................................................................................................................................................................................

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

c) inne podjęte kroki ..................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**5. Rozpoczęcie deklarowanej działalności gospodarczej nie jest uzależnione od uzyskania jednorazowych środków na podjęcie działalności gospodarczej, o ile będę o nie występował/a.**

**6. Planowana data rozpoczęcia działalności gospodarczej**: ……………………………………………………

......................................................

 (data i podpis wnioskodawcy)

*\* niepotrzebne skreślić*

**Część D - Wypełnia Pracodawca (dotyczy osób, dla których podniesienie lub zmiana kwalifikacji potwierdzona ukończonym szkoleniem jest konieczna w celu utrzymania zatrudnienia)**

……………………………………… ………….………………………..

 (pieczęć pracodawcy) (miejscowość, data)

***Oświadczenie obecnego Pracodawcy dotycząca utrzymania zatrudnienia dla pracownika lub osoby wykonującej inna pracę zarobkową w wieku 45 lat i powyżej***

..........................................................................................................................................................................

(pełna nazwa pracodawcy)

........................................................................................................................................................................

(adres pracodawcy)

Nr telefonu:................................................... NIP…………………………………………….…

Fax:.............................................................. REGON:................................................................

Adres e-mail:................................................ EKD:......................................................................

Rodzaj prowadzonej działalności:..................................................................................................................

Liczba pracowników zatrudnionych (na umowę o pracę) na dzień wydania deklaracji wynosi: ......... osób.

**Informacje o osobie ubiegającej się o skierowanie na szkolenie wskazane przez osobę uprawnioną**

1. Dane personalne pracownika ……………………………………………………………………………

 (imię i nazwisko, adres zamieszkania, data urodzenia)

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

2. Stanowisko na jakim zatrudniony jest pracownik …………………………………………………….…

3. Pracownik zatrudniony jest na podstawie:

- umowy o pracę\*

- umowy zlecenia\*

- umowy o dzieło\*

 od dn. …………………………… do dn. …………………………………… / na czas nieokreślony\*

4. Zobowiązuję się do utrzymania zatrudnienia w/w osoby przez okres ………………………………….

na stanowisku................................................................................................................................................

w wymiarze...................................................................................................................................................

po ukończeniu szkolenia……………...........................................................................................................

 (nazwa szkolenia)

w przypadku zmian, doręczenia do Powiatowego Urzędu Pracy dokumentu potwierdzającego zatrudnienie pracownika na nowych zasadach.

5. Uzasadnienie potrzeby zmiany/podniesienia\* kwalifikacji pracownika:

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

\* - niepotrzebne skreślić ..........................................................

 (Pieczęć i podpis pracodawcy)

**Cześć E – Wypełniają pracownicy Powiatowego Urzędu Pracy**

**I. Opinia Doradcy Klienta:**

1. 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

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

2. Wymagana opinia doradcy zawodowego (na podst. art. 40 ust. 5 ustawy o promocji zatrudnienia ….)

□ NIE

□ TAK

……………………………………

 (data i podpis doradcy klienta)

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

....................................................................................................................................................................................

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

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

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

 (data) (pieczęć i podpis doradcy zawodowego)

1. UWAGI dotyczące wnioskodawcy:
* Status osoby wnioskującej: bezrobotny/poszukujący pracy\*
* Osoba w szczególnej sytuacji na rynku pracy zgodnie z Art. 49 Ustawy o promocji zatrudnienia
i instytucjach rynku pracy: tak/nie\*
* Na podstawie art 40 ust.3./art 43\* w związku z art 40 ust 1 pkt ....... ustawy o promocji zatrudnienia uznaję celowość szkolenia / nie uznaję celowości szkolenia\*.

Podjęte działania:

pozwolą na uzyskanie/uzupełnienie/zaktualizowanie\* kwalifikacji osoby co zwiększy jej szansę
na uzyskanie/utrzymanie\* zatrudnienia/innej pracy zarobkowej/podjęcie działalności gospodarczej\*

**Wniosek spełnia wymogi formalno-prawne / nie spełnia warunków formalno-prawnych: \***

Dodatkowe informacje:

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

 ......................................... .......................................................................

 (data) (pieczęć i podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego)

**II. Kandydat zakwalifikowany / niezakwalifikowany \***

Nazwa szkolenia...................................................................................................................................................

 ..................................... .........................................................

 (data) (pieczęć i podpis Dyrektora PUP)

\* niepotrzebne skreślić