#

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

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

## KARTA KANDYDATA NA SZKOLENIE GRUPOWE

**Część A (wypełnia kandydat na szkolenie)**

1.Nazwisko .......................................................................Imię ......................................................

2. PESEL: □□□□□□□□□□□

* 1. 3. Seria i numer dowodu osobistego (a w przypadku cudzoziemca numer dowodu stwierdzającego tożsamość): .......................................................…………............................................
	2. 4. Adres zamieszkania wnioskodawcy: .....….......................…………........…………………….........

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

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

* 1. .........................................................................................................................................................
	2. 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 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2018r. 1000

 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**

**Część B (wypełniają pracownicy PUP)**

**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)

**II.** 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

**III. Kandydat zakwalifikowany / Kandydat nie zakwalifikowany\***

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

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

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

 data (podpis i pieczęć Dyrektora PUP)

\* niepotrzebne skreślić