



Powiatowy Urząd Pracy
w Skarżysku-Kamiennej



Załącznik 2 do Kryteriów UBIEGANIA SIĘ O SFINANSOWANIE KOSZTÓW SZKOLEŃ
organizowanych przez Powiatowy Urząd Pracy w Skarżysku-Kamiennej

.....
/numer ewidencyjny kandydata-wypełnia pracownik PUP/

.....
/miejsowość, dnia/

ZGŁOSZENIE NA SZKOLENIE GRUPOWE

Część A (wypełnia kandydat na szkolenie)

1. Nazwisko Imię

2. PESEL*:

* W przypadku braku nr PESEL podać rodzaj identyfikatora osobistego w krajach UE/EOG, kraj wydający identyfikator i identyfikator albo rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:

3. Adres zamieszkania wnioskodawcy:

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

4. Numer telefonu: adres e-mail:

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

.....
.....

.....
data

.....
podpis kandydata na szkolenie

Jednocześnie oświadczam, że:

Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby przez Powiatowy Urząd Pracy w Skarżysku-Kamiennej dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku realizacją umowy, monitorowaniem realizacji szkolenia, jak i przeprowadzenia po ukończeniu szkolenia ewaluacji dotyczącej poziomu satysfakcji i badań skuteczności tej formy pomocy, zgodnie z Rozporządzeniem 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) a także innych przepisów dotyczących ochrony danych osobowych.

.....
data

.....
podpis kandydata na szkolenie

Powiatowy Urząd Pracy w Skarżysku-Kamiennej
ul. Sikorskiego 20, 26-110 Skarżysko-Kamienna
tel.: 41 25 17 300, e-mail: kisk@praca.gov.pl
NIP: 663-140-32-13 REGON: 291141781
www: skarzynsko.praca.gov.pl



Część B (wypełniają pracownicy PUP)

1. Status: Poszukujący pracy
 Bezrobotny
z prawem do zasiłku: tak nie
2. Pozytywna weryfikacja bezrobotnego w ZUS i CEiDG: tak nie
3. Nieusprawiedliwione przerwanie formy pomocy w okresie ostatnich 90 dni:
 tak nie
4. Do wypełnienia w przypadku realizacji szkolenia w ramach projektów lub programów:
Osoba spełnia kryteria uczestnictwa w projekcie/programie pn.
.....
.....
.....
 tak nie nie dotyczy
5. Wymagana opinia Doradcy Zawodowego: tak nie
6. Ocena zgłoszenia:
 spełnia wymagania określone w Ustawie zgodnie z art. 101 Ustawy o rynku pracy i publicznych służbach zatrudnienia i proponuję zakwalifikować kandydata do udziału w szkoleniu
 nie spełnia wymagań określonych w Ustawie zgodnie z art. 101 Ustawy o rynku pracy i publicznych służbach zatrudnienia i proponuję nie zakwalifikować kandydata do udziału w szkoleniu – z powodu /proszę uzasadnić/:
.....
.....
.....
Data i podpis Specjalisty ds. rozwoju zawodowego

7. DECYZJA DYREKTORA PUP: Kandydat zakwalifikowany / Kandydat niezakwalifikowany*

Nazwa szkolenia

.....
data

.....
(podpis i pieczęć Dyrektora PUP)

* niepotrzebne skreślić