…………………………..

Miejscowość, data

**POWIATOWY URZĄD PRACY
W LIMANOWEJ**

# WNIOSEK O SKIEROWANIE NA SZKOLENIE INDYWIDUALNE

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

Imię i nazwisko: ...............................................................................................................................

Adres zamieszkania: .......................................................................................................................

Adres do doręczeń: .......................................................................................................................

Numer PESEL: .....................................................................

Rodzaj, seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość\* .......................................................................................................................................................

Nr telefonu: .................................... e-mail: ........................................................................................

Numer ewidencyjny: ...................................

Posiadam status:

[ ] A - osoby bezrobotnej

[ ] B - osoby poszukującej pracy

[ ] C - jestem opiekunem osoby niepełnosprawnej - niepozostającym w zatrudnieniu lub niewykonującym innej pracy zarobkowej, nie pobierającym świadczenia pielęgnacyjnego lub specjalnego zasiłku opiekuńczego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, lub zasiłku dla opiekuna na podstawie przepisów o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów.

Dotychczasowy udział w szkoleniach, organizowanych przez PUP i rok ukończenia:

[ ] Nie uczestniczyłem/łam w szkoleniu finansowanym ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania z powiatowego urzędu pracy w okresie ostatnich 3 lat;

[ ] Uczestniczyłem/łam w szkoleniu finansowanym ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania z powiatowego urzędu pracy w okresie ostatnich 3 lat

• .....................................................................................................................................................

• .....................................................................................................................................................

**Nazwa kierunku szkolenia, którym zainteresowany jest wnioskodawca:**

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

.............................................................................................................................................................................................................................................................................................................. Uzasadnienie celowości szkolenia\*\*

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

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

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

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

**OŚWIADCZAM, ŻE:**

1. Wszystkie dane i informacje zawarte w powyższym Wniosku są zgodne z prawdą;
2. **Zapoznałem/zapoznałam się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Limanowej dostępnej https://bip.malopolska.pl/pupwlimanowej oraz w siedzibie urzędu (art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.)**

**Załączniki do wniosku** (właściwe zaznaczyć):

[ ] Uzasadnienie celowości szkolenia – zgłoszenie pracodawcy lub przedsiębiorcy.

[ ] Oświadczenie o zamiarze podjęcia własnej działalności gospodarczej.

[ ] Informacja o wybranym szkoleniu i proponowanej instytucji szkoleniowej

[ ] W przypadku kursów prawa jazdy do wniosku dołączam kserokopię aktualnie posiadanego prawa jazdy

| …………………………………………….. |  …………………………………………….. |
| --- | --- |
| (data złożenia wniosku) | (podpis czytelny wnioskodawcy) |
|  |  |

\* POUCZENIE:

1) \* Wypełnić w przypadku braku nr PESEL.

2) \*\* Uzasadnieniem celowości szkolenia może być np. konieczność zmiany lub uzupełnienia kwalifikacji do podjęcia pracy albo planowane rozpoczęcie działalności gospodarczej.

3) Osoba bezrobotna może być skierowana na szkolenie tylko wówczas, jeśli łączna kwota środków wydatkowana na szkolenie tej osoby w okresie ostatnich 3 lat nie przekroczy dziesięciokrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę.

**ZŁOŻENIE WNIOSKU NIE OZNACZA ZAKWALIFIKOWANIA NA SZKOLENIE!**

WYPEŁNIA PUP

**OPINIA DORADCY DS. ZATRUDNIENIA W SPRAWIE SKIEROWANIA NA SZKOLENIE**

[ ] Stwierdzam zasadność skierowania na ww. szkolenie;

[ ] Stwierdzam brak zasadności skierowania na ww. szkolenie *(uzasadnienie):*

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

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

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

(data i podpis doradcy ds. zatrudnienia)

# OPINIA SPECJALISTY DS. ROZWOJU ZAWODOWEGO DOT. ZASADNOŚCI SFINANSOWANIA KOSZTÓW SZKOLENIA

• **Wnioskodawca nie brał/ brał udział/u w szkoleniach w okresie ostatnich 3 lat, których łączna kwota kosztów szkolenia wyniosła ………………… PLN**

[ ] Stwierdzam zasadność sfinansowania kosztów ww. szkolenia;

[ ] Stwierdzam brak zasadności sfinansowania kosztów ww. szkolenia *(uzasadnienie)*:

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

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

Konieczność skierowania na badania lekarskie: [ ] tak [ ] nie

 ……………………….……..……………………………..

(data i podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego)

# OPINIA KIEROWNIKA DZIAŁU SK

[ ] **proponuję pozytywne rozpatrzenie wniosku:**

[ ] **w całości** [ ] **w części ……………………**

 [ ] **proponuję negatywne rozpatrzenie wniosku ze względu na**: ..................................................................................................................................................……

…………………………

(data i podpis Kierownika)

**DECYZJA DYREKTORA PUP**

[ ] **wyrażam zgodę** na sfinansowanie kosztów szkolenia:

[ ] **w całości** [ ] **w części ……………**

 [ ] **nie wyrażam zgody** na sfinansowanie kosztów szkolenia ze względu na:

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

…..…………………………………

(data i podpis Dyrektora)

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

 *pieczęć pracodawcy/przedsiębiorcy*

**UZASADNIENIE CELOWOŚCI SZKOLENIA -**

**zgłoszenie pracodawcy lub przedsiębiorcy\***

Zgłaszam zapotrzebowanie na pracownika na stanowisko …………………...................................................................................................................................

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

po uzyskaniu uprawnień/umiejętności pod nazwą ……….…………….…………………………….… ………………………..………………………………...........………………………..………………………

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

A tym samym oświadczam, że istnieje możliwość zatrudnienia Pana/i ........................................................................... na okres co najmniej 3 miesięcy po uzyskaniu ww. kwalifikacji/umiejętności.

| **…………………………………………** | **…………………………………………** |
| --- | --- |
| (data) | (podpis i pieczęć pracodawcy/przedsiębiorcy) |

| …………………………………… | …………………………………… |
| --- | --- |
| (Imię i Nazwisko) | (Data) |

…………………………………….

(Adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE O ZAMIARZE PODJĘCIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ**

Oświadczam, że po ukończeniu szkolenia pn. **nazwą**

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

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

uzyskam kompetencje, które wykorzystam w prowadzeniu planowanej działalności gospodarczej na dowód czego załączam poniższą informację:

**1. Opis planowanej działalności** (należy wskazać sektor planowanej działalności gospodarczej np. usługi, handel, produkcja oraz zakres planowanej działalności np. usługi remontowe budowlane, sprzedaż materiałów budowlanych, produkcja kosmetyków itp.)

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

1. **Planowany termin rozpoczęcia działalności** ……………………………....................................

**3. Powzięte działania celem rozpoczęcia działalności gospodarczej oraz inne istotne informacje** (np. uzyskane pozwolenia, posiadanie lokalu, posiadanie sprzętu lub narzędzi, umowy przedwstępne z przyszłymi kontrahentami, dokonane rozeznanie rynku w zakresie zapotrzebowania na oferowane usługi/produkty, posiadane umiejętności/doświadczenie lub kursy w zakresie planowej działalności, złożony w PUP wniosek o jednorazowe środki na podjęcie działalności gospodarczej)

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

**4. Możliwości finansowe niezbędne do rozpoczęcia działalności gospodarczej**

[ ] **kredyt** [ ] **środki własne** [ ] **środki z Funduszu Pracy o które się ubiegam (będę się ubiegał) w PUP Limanowa na podjęcie działalności gospodarczej**

……………………………………………

(data i podpis wnioskodawcy)

***INFORMACJA O WYBRANYM SZKOLENIU I PROPONOWANEJ INSTYTUCJI SZKOLENIOWEJ***

**1.Nazwa szkolenia**: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**2. Planowany termin realizacji szkolenia:** …………………………………………………………………………………………………………………

**3. Nazwa i adres instytucji szkoleniowej, nr NIP lub nr REGON** ……………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**4. Koszt szkolenia:** …………………………………………………………………………………………………………………

**5. Inne informacje o wskazanym szkoleniu (w tym np. liczba godzin zegarowych szkolenia, miejsce realizacji, uzasadnienie wyboru instytucji szkoleniowej oraz inne istotne informacje mające wpływ na sposób rozpatrzenia wniosku)**

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

**6. Forma realizowania szkolenia:**

 **stacjonarnie;**  **za pomocą środków komunikacji elektronicznej;**  **hybrydowo;**

**Przyjmuje do wiadomości, że decyzję o wyborze instytucji szkoleniowej, podejmuje ostatecznie Starosta w imieniu którego działa Dyrektor PUP w Limanowej**

……………………………………………………

 (data i podpis wnioskodawcy)

**UWAGA:**

**Proponowana instytucja szkoleniowa musi posiadać wpis do Rejestru Instytucji Szkoleniowych aktualny na dany rok kalendarzowy.**