

DATA WPŁYWU WNIOSKU DO PUP



WYPEŁNIA PUP

CAZ/SP-.....-552-...../.....

Powiatowy Urząd Pracy w Limanowej

WNIOSEK O SFINANSOWANIE KOSZTÓW INDYWIDUALNEGO SZKOLENIA

Na podstawie art. 40 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2019 r. poz. 1482 z późn.zm.) oraz rozporządzenia MPiPS z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie szczegółowych warunków oraz trybu i sposobów prowadzenia usług rynku pracy (Dz. U. z 2014, poz. 667) proszę o skierowanie i sfinansowanie kosztów szkolenia indywidualnego.

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

Prosimy o uważne przeczytanie wniosku i czytelne wypełnienie.

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Numer PESEL: Numer telefonu:

Numer ewidencyjny bezrobotnego: Data rejestracji w PUP:

Nazwa i rok ukończenia szkoły:

Zawód wyuczony: Zawód wykonywany najdłużej:

Zawód wykonywany ostatnio:

Ostatnie miejsce pracy:

Posiadane uprawnienia/szkolenia:

•

Dodatkowe umiejętności:

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

☐ nie uczestniczyłem/am ☐ uczestniczyłem/am w następujących szkoleniach organizowanych przez PUP:

•

•

Po ukończeniu szkolenia organizowanego przez PUP podjął/podjęła Pan/Pani pracę:

☐ nie ☐ tak, na stanowisku:

Nazwa kierunku szkolenia, którym zainteresowany jest wnioskodawca:

.....

.....

Uzasadnienie celowości szkolenia*

.....

.....

.....

.....
DATA ZŁOŻENIA WNIOSKU

.....
PODPIS CZYTELNY WNIOSKODAWCY

ZŁOŻENIE WNIOSKU NIE OZNACZA ZAKWALIFIKOWANIA NA SZKOLENIE!

* POUCZENIE:

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

WYPEŁNIA PUP

Opinia doradcy klienta dotycząca celowości przeszkolenia Wnioskodawcy wynikająca z Indywidualnego Planu Działania:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
DATA

.....
PODPIS I PIECZĘĆ

Opinia specjalisty ds. rozwoju zawodowego dotycząca zasadności przeszkolenia Wnioskodawcy:

.....

.....

.....

.....

Konieczność skierowania na badania lekarskie: ☐ tak ☐ nie

Cel szkolenia:

☐ przyuczenie do zawodu ☐ przekwalifikowanie ☐ doskonalenie zawodowe

.....
DATA

.....
PODPIS I PIECZĘĆ

Akceptacja kierownika zespołu i propozycja rozpatrzenia wniosku :

☐ proponuję pozytywne rozpatrzenie wniosku

proponuję negatywne rozpatrzenie wniosku ze względu na:

.....

.....
DATA

.....
PODPIS I PIECZĘĆ

Decyzja Starosty:

☐ wyrażam zgodę na sfinansowanie kosztów szkolenia

☐ nie wyrażam zgody na sfinansowanie kosztów szkolenia ze względu na:

.....

.....
DATA

.....
PODPIS I PIECZĘĆ

.....
(Imię i Nazwisko)

Limanowa,.....

.....
(Adres zamieszkania)

.....

OŚWIADCZENIE O ZAMIARZE PODJĘCIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ

Oświadczam, że po ukończeniu szkolenia
(nazwa szkolenia)

.....
mam zamiar rozpocząć działalność gospodarczą na dowód czego załączam poniższą informację:

1. Opis planowanej działalności.....

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

2. Planowany termin rozpoczęcia działalności.....

.....

3. Powzięte działania celem rozpoczęcia działalności gospodarczej (np. lokal, zezwolenia).....

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

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

.....
(podpis wnioskodawcy)
PODPIS WNIOSKODAWCY

IMIE I NAZWISKO WNIOSKODAWCY

Limanowa, dnia.....

ADRES ZAMIESZKANIA

PESEL

UZASADNIENIE CELOWOŚCI SZKOLENIA

Oświadczam, że po ukończeniu szkolenia:

NAZWA SZKOLENIA

mam możliwość podjęcia pracy:

w firmie:

.....
NAZWA I ADRES FIRMY

NIP

REGON

PKD

na stanowisku:

NAZWA STANOWISKA PRACY

Pracodawca deklaruje zatrudnienie na minimum 3 miesiące po ukończeniu szkolenia.

POTWIERDZENIE PRACODAWCY

w ramach ofert pracy, jakimi dysponuje Powiatowy Urząd Pracy

*

* Opinia doradcy klienta, co do możliwości skierowania do pracy, po ukończeniu szkolenia, w ramach ofert pracy zgłoszonych przez pracodawców.

.....

.....

.....

.....

.....

DATA I PODPIS DORADCY KLIENTA