*Załącznik nr 1 do* **Informacji dotyczącej organizacji**

**szkolenia na wniosek osoby uprawnionej w 2025 roku.**

**STAROSTA KOLBUSZOWSKI**

**POWIATOWY URZĄD PRACY**

**W KOLBUSZOWEJ**

**WNIOSEK O SKIEROWANIE NA SZKOLENIE**

**WYBRANE PRZEZ OSOBĘ UPRAWNIONĄ**

Podstawa prawna: art. 100 Ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz.U. 2025 r., poz. 620).

1. **Dane Wnioskodawcy:**
2. Nazwisko .……………………………………………………………………………………………
3. Imię………..………………………………………………………………………………………….
4. Adres zamieszkania ………………………………………………………………………………..
5. Adres do doręczeń………………………………………………………………………………….
6. Numer PESEL/rodzaj, seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość1…………….……

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

1. Nr osoby bezrobotnej/posz. pracy ………………………………………………………………..
2. Nr telefonu ………………………………………..adres e-mail ………………………………….
3. Poziom wykształcenia - proszę właściwe zaznaczyć:

gimnazjalne i poniżej  policealne  zasadnicze zawodowe

średnie zawodowe  średnie ogólnokształcące  wyższe

1. Zawód wyuczony/wykonywany…………………………………………………………………….
2. Dodatkowe informacje, w tym posiadane uprawnienia, certyfikaty, ukończone szkolenia:

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

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

1. **Nazwa (zakres) wnioskowanego szkolenia:**

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

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

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

1. **Uzasadnienie celowości skierowania na wybrane szkolenie** (należy wykazać czy istnieje konieczność uzyskania, zmiany, podwyższenia kwalifikacji zawodowych lub czy wskutek utraty zdolności do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie konieczne jest przekwalifikowanie zawodowe. Należy wskazać aktualne oferty pracy w zawodzie zgodnym z kierunkiem szkolenia oraz szanse na podjęcie zatrudnienia/samozatrudnienia):

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

Do wniosku dołączam:

„Deklarację zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej osoby uprawnionej po zakończeniu szkolenia” (zał. nr. 1 do Wniosku).

„Oświadczenie o zamiarze podjęcia/wznowienia działalności gospodarczej po zakończeniu szkolenia” (zał. nr 2 do Wniosku)

„Oświadczenie pracodawcy o utrzymaniu zatrudnienia” (zał. nr 3 do Wniosku).

**Oświadczam, że:**

* W okresie kolejnych 3 lat **korzystałam/em / nie korzystałam/em**\* z form pomocy finansowanych z Funduszu Pracy (właściwe zaznaczyć):

szkolenie,

studia podyplomowe,

nabycie wiedzy i umiejętności lub wydanie dokumentu potwierdzającego nabycie wiedzy i umiejętności,

opłata za postępowanie nostryfikacyjne albo postępowanie, o którym mowa w art. 327 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce,

przeprowadzenie postępowania i wydania decyzji w sprawie uznania kwalifikacji zawodowych do wykonywania zawodu regulowanego albo do podejmowania lub wykonywania działalności regulowanej, o których mowa w art.104 ustawy o rynku pracy i służbach zatrudnienia

- **organizowanych przez PUP** w

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

nazwa Urzędu

…………………………………………………………………………………………………

rodzaj i zakres formy pomocy

* Wszystkie dane i informacje zawarte w niniejszym wniosku oraz przedłożonych załącznikach są zgodne z prawdą.
* Oświadczam, że zapoznałem/am się i przyjmuję do wiadomości Informację dotyczącą organizacji szkolenia na wniosek osoby uprawnionej w 2025 roku dostępną na stronie internetowej tut. Urzędu [www.kobuszowa.praca.gov.pl](http://www.kobuszowa.praca.gov.pl) w zakładce Dokumenty do pobrania – Szkolenia wybrane przez osobę uprawnioną.

**………………………………………**

data i podpis Wnioskodawcy

**ADNOTACJE POWIATOWEGO URZĘDU PRACY**

**Opinia doradcy d/s zatrudnienia** w zakresie celowości skierowania na wskazaną formę kształcenia:

1. Status:  Bezrobotny

Poszukujący pracy

Poszukujący pracy niezatrudniony i niewykonujący innej pracy

zarobkowej opiekun osoby niepełnosprawnej

1. Pozytywna weryfikacja bezrobotnego w ZUS i CEiDG  TAK  NIE
2. Szkolenie zostało założone w IPD:

Tak

Nie

1. Zasadność skierowania na wybraną formę:

Brak kwalifikacji zawodowych.

Konieczność zmiany lub uzupełnienia kwalifikacji.

Utrata zdolności do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie.

Utrzymanie zatrudnienia/ innej pracy zarobkowej.

Uzasadnienie:

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

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

**data i podpis doradcy ds. zatrudnienia**

**Opinia doradcy zawodowego** odnośnie motywacji osoby bezrobotnej/poszukującej pracy, predyspozycji zawodowych i preferowanej formy kształcenia:

Konieczność skierowania na badania lekarskie – TAK / NIE**\***

\*wykreślić niewłaściwe

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

**data i podpis doradcy zawodowego**

**Opinia** **upoważnionego pracownika (ocena formalna i merytoryczna wniosku)**:

* Osoba z własnej winy przerwała formę pomocy w okresie ostatnich 90 dni:

TAK  NIE

* Określenie celowości skierowania na wybrane szkolenie na podstawie:
* deklaracji zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej po ukończeniu wybranej formy kształcenia ustawicznego  TAK  NIE
* oświadczenia o zamiarze podjęcia/wznowieniu działalności gospodarczej po zakończeniu wybranej formy kształcenia ustawicznego  TAK  NIE
* oświadczenia o utrzymaniu zatrudnienia  TAK  NIE

Kandydat został zweryfikowany pod względem uczestnictwa w ramach form kształcenia ustawicznego finansowanych ze środków Funduszu Pracy w okresie ostatnich 3 lat:

**nie uczestniczył**/**uczestniczył**\*i łączna kwota środków z Funduszu Pracy należnych instytucjom realizującym kształcenie ustawiczne **przekroczyła /nie przekroczyła****\* 450% przeciętnego wynagrodzenia** na jedną osobę w ww. okresie.

Koszty kształcenia ustawicznego wynoszą …………………………….zł.

**\***wykreślić niewłaściwe

**Proponuję:**

**zakwalifikować**

**nie zakwalifikować**

**kandydata na szkolenie.**

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

**data i podpis upoważnionego pracownika**

**Decyzja Starosty dotycząca sposobu rozpatrzenia wniosku**

Wniosek rozpatrzony **pozytywnie/negatywnie\***

**Uwagi:**

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

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

data, podpis i pieczęć Starosty lub osoby upoważnionej