*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