



POWIATOWY URZĄD PRACY
W STRYŻÓWIE
38-100 Strzyżów, ul. Daszyńskiego 2

NR WNIOSKU:* DATA WPLYWU:*

*WYPEŁNIA URZĄD

Wniosek dotyczący*

- sfinansowania szkolenia indywidualnego
- sfinansowania kosztów egzaminu
- sfinansowania kosztów uzyskania licencji

(aktualny od dnia 17.01.2024 r.)

Podstawa prawna: art.40 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 r. poz. 475).

Cz. I. Wypełnia osoba bezrobotna

I. INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

1. Imię i Nazwisko:.....
2. Data urodzenia:
3. PESEL:
4. Numer dokumentu stwierdzającego tożsamość (podać gdy Wnioskodawcą jest cudzoziemiec):
.....
5. Adres zamieszkania:
6. Adres do korespondencji:
7. Nr telefonu: Adres e-mail:
8. Data ostatniej rejestracji w Urzędzie: Nr FK:.....
9. Zawód wyuczony:
Zawód ostatnio wykonywany:
10. Posiadane uprawnienia/umiejętności:

* właściwą odpowiedź zaznaczyć symbolem X

11. Poziom wykształcenia:

- gimnazjalne i poniżej policealne zasadnicze zawodowe
 średnie zawodowe średnie ogólnokształcące wyższe

12. Czy znajduje się Pan(i) w okresie zawieszony działalności gospodarczej?**:

- TAK
 NIE

13. Czy korzystał(a) Pan(i) w ciągu ostatnich 12 miesięcy z jakiegokolwiek formy pomocy w Powiatowym Urzędzie Pracy?

- TAK
 NIE

Jeżeli tak, to z jakich?

II. INFORMACJE O SZKOLENIU

1. Nazwa szkolenia:

2. Nazwa jednostki szkoleniowej (*jeżeli osoba bezrobotna taką posiada*):

3. Adres jednostki szkoleniowej:.....

4. Numer NIP jednostki szkoleniowej:

5. Numer REGON jednostki szkoleniowej:

6. Adres e-mail jednostki szkoleniowej:

7. Numer kontaktowy jednostki szkoleniowej:

8. Planowany termin szkolenia:

9. Liczba godzin szkolenia:

10. Koszt szkolenia:

11. Forma szkolenia:

- Szkolenie stacjonarne
 Szkolenie online
 Szkolenie hybrydowe (stacjonarne i online)

III. KOSZTY BADAŃ LEKARSKICH I PSYCHOLOGICZNYCH

1. Całkowity koszt badań lekarskich i psychologicznych:

2. Koszt badań lekarskich i psychologicznych finansowanych:

** w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” do wniosku należy dołączyć Formularz przedstawiany przy ubieganiu się o pomoc de minimis oraz Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis

Rozpoczęcie szkolenia następuje na podstawie skierowania oraz po podpisaniu umowy z jednostką szkoleniową.

Po zakwalifikowaniu się na szkolenie bezrobotny dodatkowo ma obowiązek:

1. Regularnego uczęszczania na kurs, realizowania programu i przestrzegania regulaminu obowiązującego w jednostce szkolącej.
2. Zwrotu kosztów szkolenia w przypadku nieukończenia go z własnej winy.

Oświadczam, że:

1. W okresie ostatnich trzech lat:

nie uczestniczyłem/am w szkoleniu/ach finansowanym/ch ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania z Powiatowego Urzędu Pracy

uczestniczyłem/am w szkoleniu/ach z zakresu:

.....

.....

finansowanym/ch ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania z Powiatowego Urzędu Pracy w koszt szkolenia wyniósł

2. Podane przeze mnie w niniejszym wniosku informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
3. Zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem Organizacji Szkoleń w Powiatowym Urzędzie Pracy w Strzyżowie.
4. Zostałem/am poinformowany/a, że utrata przeze mnie statusu osoby bezrobotnej lub statusu osoby poszukującej pracy przed lub w dniu rozpoczęcia szkolenia jest równoznaczne z brakiem możliwości sfinansowania jego kosztów przez Starostę Strzyżowskiego.
5. Zostałem poinformowany, że złożenie wniosku nie oznacza zakwalifikowania się na szkolenie.

.....

(data)

.....

(podpis wnioskodawcy)

Do wniosku dołączam następujące załączniki:

1.

2.

3.

Cz. II Wypełnia pracownik Powiatowego Urzędu Pracy w Strzyżowie

OPINIA DORADCY KLIENTA

1. Czy korzystał(a) Pan(i) w ciągu ostatnich 12 miesięcy z innych form pomocy w Powiatowym Urzędzie Pracy?

TAK NIE

Jeżeli tak to z jakich?

2. Czy w okresie ostatnich 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku wnioskodawca odmówił przyjęcia propozycji odpowiedniej pracy/formy pomocy?

TAK NIE

3. Czy w okresie ostatnich 12 miesięcy przed dniem złożenia wniosku wnioskodawca przerwał udział w formie pomocy oferowanej przez Powiatowy Urząd Pracy?

TAK NIE

OPINIA DORADCY KLIENTA – dot. zasadności skierowania na szkolenie:

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

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis)

OPINIA DORADCY ZAWODOWEGO

Określenie predyspozycji do wykonywania zawodu (w przypadku zawodów wymagających szczególnych predyspozycji psychofizycznych).

Wnioskujący:

posiada predyspozycje

nie posiada* predyspozycji - szczegółowy opis w danych klienta w Programie Syriusz, jeśli tak:

istnieje konieczność skierowania na badania psychologiczne*

brak konieczności skierowania na badania psychologiczne*

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis)

OPINIA SPECJALISTY DS. ROZWOJU ZAWODOWEGO

1. Wymagana opinia doradcy zawodowego dot. predyspozycji do wykonywania zawodu:
 TAK NIE
2. Konieczność skierowania przez urząd na badania lekarskie:
 TAK NIE
3. Kandydat został zweryfikowany pod względem uczestnictwa w szkoleniach finansowanych ze środków Funduszu Pracy w okresie ostatnich 3 lat:
 nie uczestniczył
 uczestniczył i łączna kwota środków obejmujących koszty szkolenia **przekroczyła / nie przekroczyła*** dziesięciokrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę na jedną osobę.
Koszty szkolenia wynoszą: zł
4. W terminie do trzech miesięcy po ukończeniu ww. szkolenia/szkoleń kandydat:
 podjął zatrudnienie / inną pracę zarobkową / rozpoczął pozarolniczą działalność gospodarczą
 nie podjął zatrudnienia / innej pracy zarobkowej / nie rozpoczął pozarolniczej działalności gospodarczej

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis)

*niepotrzebne skreślić

OPINIA KOMISJI:

Kandydat zakwalifikowany

Kandydat niezakwalifikowany

Nazwa szkolenia

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej)