



WNIOSEK O SKIEROWANIE NA SZKOLENIE

Podstawa prawna: art. 99 ust.1 pkt. 1 ustawy o rynku pracy i służbach zatrudnienia;
art. 38 i art. 40 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych

CZ. I NAZWA WNIOSKOWANEJ FORMY KSZTAŁCENIA (szkolenia)

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

CZ. II DANE OSOBY ZAREJESTROWANEJ W PUP

1. Nazwisko i imię:
2. Adres zamieszkania
3. Adres do doręczeń
4. PESEL
5. Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość¹:
.....
6. Nr telefonu kontaktowego:
7. Email:
8. Status osoby zarejestrowanej*:
 Bezrobotna/y niepełnosprawny
 Poszukująca/y pracy niepełnosprawny niepozostający w zatrudnieniu
9. Warunki podmiotowe uzyskania wsparcia*:
 brak kwalifikacji zawodowych
 konieczność zmiany kwalifikacji w związku z brakiem propozycji odpowiedniego zatrudnienia
 utrata zdolności do pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie
10. Nie jestem jestem* osobą ze szczególnymi potrzebami (np. potrzebuję skorzystać z tłumacza języka migowego, pętli indukcyjnej, dostosowania wielkości czcionki drukowanych dokumentów – powiększenie tekstu, wsparcia asystenta itp.)
Moje dodatkowe potrzeby dotyczące dostępności to:
.....
.....
11. Dotychczasowe uczestnictwo w formach pomocy organizowanych przez PUP w ciągu ostatnich 3 lat:
 nie uczestniczyłam/em w formach pomocy finansowanych ze środków Funduszu Pracy, na podstawie skierowania/umowy z Powiatowego Urzędu Pracy
 brałam/em udział w niżej wymienionych formach pomocy finansowanych ze środków Funduszu Pracy, na podstawie skierowania/umowy z Powiatowego Urzędu Pracy (proszę wskazać nazwę, rok i nazwę urzędu pracy, który był jego

¹ w przypadku braku PESEL

* właściwe zaznaczyć

organizatorem):

.....
.....

8. Uzasadniam celowość wnioskowanej formy pomocy poprzez dołączenie „Oświadczenia pracodawcy o zamiarze zatrudnienia” oraz Uzasadnienie własne (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):

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

CZ. III DANE INSTYTUCJI REALIZUJĄCEJ WNIOSKOWANĄ FORMĘ KSZTAŁCENIA²

1. Nazwa instytucji:
2. Adres:
3. NIP:
4. Termin realizacji formy:
5. Koszt:³
6. Uzasadnienie wyboru instytucji realizującej wnioskowaną formę pomocy:

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

.....
data i podpis osoby zarejestrowanej

CZ. IV OPINIA DORADCY DS. ZATRUDNIENIA NADZORUJĄCEGO REALIZACJĘ IPD

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

.....
data

.....
podpis doradcy ds. zatrudniania

² Nie jest konieczne

³ Cena usług finansowanych przez starostę nie może być rażąco wyższa od cen podobnych usług oferowanych na rynku

**CZ. V OPINIA SPECJALISTY DS. ROZWOJU ZAWODOWEGO (ZASADNOŚĆ
WNOSKOWANEJ FORMY POMOCY)**

Wnioskodawca uzasadnił celowość formy kształcenia:

TAK, ponieważ po jej ukończeniu podejmie pracę u wskazanego pracodawcy

NIE

Wnioskodawca spełnia kryteria uczestnictwa w formie pomocy?

TAK

NIE

Zasadność finansowania wnioskowanej formy pomocy

TAK

NIE

Uwagi:
.....
.....

.....
data

.....
pieczęć i podpis spec. ds. rozwoju zawodowego

**CZ. VI. DECYZJA DYREKTORA POWIATOWEGO URZĘDU PRACY
W MYŚLENICACH**

POZYTYWNA

NEGATYWNA

.....
data

.....
pieczęć i podpis dyrektora