

Wpisano do rejestru wniosków pod numerem:

POWIATOWY URZĄD PRACY W JAWORZE
Centrum Aktywizacji Zawodowej

Ul. Strzegomska 7
59-400 Jawor

WNIOSEK

**O SKIEROWANIE NA SZKOLENIE WSKAZANE FINANSOWANE ZE ŚRODKÓW PFRON
OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ POSZUKUJĄCEJ PRACY NIEPOZOSTAJĄCEJ W ZATRUDNIENIU**

CZĘŚĆ I – INFORMACJE O SZKOLENIU

NAZWA SZKOLENIA:

.....

1. PROPOZYCJA WŁASNA MIEJSCA SZKOLENIA (*pozycja nie jest obowiązkowa do wypełnienia*)

NAZWA I ADRES INSTYTUCJI SZKOLENIOWEJ:

.....

KOSZT SZKOLENIA: Zł, TERMIN SZKOLENIA:

2. UZASADNIENIE WYBORU WSKAZANEJ POWYŻEJ INSTYTUCJI SZKOLENIOWEJ:

.....

.....

3. W JAKIEJ MAX ODLEGŁOŚCI OD MIEJSCA ZAMIESZKANIA MÓGŁBY PAN / MOGŁABY PANI SIĘ
SZKOLIĆ? km.

CZĘŚĆ II – INFORMACJE O WNIOSKODAWCY

1. IMIĘ NAZWISKO

2. PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(LUB W PRZYPADKU CUDZOZIEMCA NUMER DOKUMENTU STWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ):

3. ADRES ZAMELDOWANIA:

.....

4. ADRES KORESPONDENCYJNY:

.....

5. TELEFON KONTAKTOWY:

tel. kom. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

tel. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

6. WYKSZTAŁCENIE: podstawowe gimnazjalne średnie LO zasadnicze zawodowe
 średnie techniczne średnie zawodowe wyższe

7. ZAWÓD WYUCZONY:

8. PRZEBIEG PRACY ZAWODOWEJ (NALEŻY PODAĆ DANE DOTYCZĄCE DWÓCH OSTATNICH OKRESÓW ZATRUDNIENIA):

Okres pracy		Nazwa zakładu pracy	Stanowisko
od	do		

9. POSIADANE UPRAWNIENIA, CERTYFIKATY, UKOŃCZONE SZKOLENIA

(WRAZ Z DATĄ ICH UZYSKANIA I WAŻNOŚCI):

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

10. PRZECIWWSKAZANIE ZDROWOTNE DO PRACY POTWIERDZONE ORZECZENIEM O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI:

NUMER ORZECZENIA:

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI: LEKKI UMIARKOWANY ZNACZNY

ORZECZENIE O PRYZNANIU STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI Z DNIA:

stałe (trwałe) czasowe (okresowe) do dnia:

11. STATUS W POWIATOWYM URZĘDZIE PRACY W JAWORZE:

JESTEM OSOBĄ ZAREJESTROWANĄ JAKO POSZUKUJĄCA PRACY, OD DNIA:.....

OŚWIADCZAM, ŻE (zaznaczyć właściwe):

UCZESTNICZĘ W ZAJĘCIACH W CENTRUM INTEGRACJI SPOŁECZNEJ LUB INDYWIDUALNYM PROGRAMIE INTEGRACJI, O KTÓRYM MOWA W PRZEPISACH O POMOCY SPOŁECZNEJ,

POBIERAM RENTĘ SZKOLENIOWĄ.

12. NAZWA BANKU I NUMER RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY /DO WYPŁATY STYPENDIUM SZKOLENIOWEGO W PRZYPADKU JEGO PRYZNANIA/

.....

|_|_|-|_|_|_|_|-|_|_|_|_|-|_|_|_|_|-|_|_|_|_|-|_|_|_|_|-|_|_|_|_|

W PRZYPADKU BRAKU KONTA BANKOWEGO, PO POZYTYWNYM ROZPATRZENIU WNIOSKU ZAISTNIEJE KONIECZNOŚĆ JEGO OTWARCIA.

13. CZY KORZYSTAŁ/A PAN / PANI DOTYCHCZAS Z FORM POMOCY FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PFRON?

TAK *

NIE

* JEŻELI TAK, TO PROSZĘ WYPEŁNIĆ PONIŻSZĄ RUBRYKĘ

CEL PRYZNANEGO DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON	DATA PRYZNANEGO DOFINANSOWANIA	STAN ROZLICZENIA ŚRODKÓW PFRON

CZĘŚĆ III – UZASADNIENIE CELOWOŚCI WYBRANEGO KIERUNKU SZKOLENIA

1. CO SKŁANIA PANA/PANIĄ DO WZIĘCIA UDZIAŁU W SZKOLENIU?

- BRAK KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH,
- KONIECZNOŚĆ ZMIANY LUB UZUPEŁNIENIA KWALIFIKACJI,
- UTRATA ZDOLNOŚCI DO WYKONYWANIA PRACY W DOTYCHCZAS WYKONYWANYM ZAWODZIE.

2. WSKAZANIE MOŻLIWOŚCI ZATRUDNIENIA:

- POSIADAM UPRAWDOPODOBNIENIE PODJĘCIA PRACY U PRACODAWCY (ZAŁĄCZNIK 1),
- ZAMIERZAM ROZPOCZĄĆ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ (ZAŁĄCZNIK 2),
- NIE POSIADAM DEKLARACJI ZATRUDNIENIA ALE NA RYNKU PRACY WYSTĘPUJE DUŻE ZAPOTRZEBOWANIE NA KWALIFIKACJE, O KTÓRE WNIOSKUJĘ.
- ŹRÓDŁA INFORMACJI: INTERNET PRASA LOKALNA ZNAJOMI
- INNE ŹRÓDŁA

3. UZASADNIENIE POTRZEBY UDZIELENIA TEJ FORMY WSPARCIA (NALEŻY WSKAZAĆ ISTOTNY CEL UKOŃCZENIA SZKOLENIA, PODYKTOWANY, NP. ZMIANĄ, UZYSKANIEM LUB PODWYŻSZENIEM KWALIFIKACJI, UTRATĄ DOTYCHCZAS POSIADANYCH UPRAWNIENI, POGORSZENIEM STANU ZDROWIA UNIEMOŻLIWIĄJĄCEGO WYKONYWANIE WYUCZONEGO ZAWODU, A TAKŻE PRZEDSTAWIĆ MOŻLIWOŚCI ZATRUDNIENIA, INNEJ PRACY ZAROBKOWEJ LUB DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PO SZKOLENIU):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CZĘŚĆ IV –

INFORMACJE DLA OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ POSZUKUJĄCEJ PRACY NIE BĘDĄCEJ W ZATRUDNIENIU, UBIEGAJĄCEJ SIĘ O SKIEROWANIE NA SZKOLENIE WSKAZANE ZE ŚRODKÓW PFRON

1. UPRAWNIONYM DO WNIOSKOWANIA O SKIEROWANIE NA SZKOLENIE WSKAZANE ZE ŚRODKÓW PFRON JEST OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA POSZUKUJĄCA PRACY NIE BĘDĄCA W ZATRUDNIENIU ZAREJESTROWANA W POWIATOWYM URZĘDZIE PRACY, DLA KTÓREJ PRZYGOTOWANO INDYWIDUALNY PLAN DZIAŁANIA (IPD).
2. SKIEROWANIE NA SZKOLENIE WSKAZANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ POSZUKUJĄCEJ PRACY NIE BĘDĄCEJ W ZATRUDNIENIU JEST FORMĄ FAKULTATYWNĄ. MOŻLIWOŚĆ UDZIELENIA POMOCY W SFINANSOWANIU KOSZTÓW SZKOLENIA ZALEŻNA JEST OD:
 - SPÓJNOŚCI PRZYGOTOWANEGO INDYWIDUALNEGO PLANU DZIAŁANIA (IPD) Z POTRZEBAMI OSOBY UPRAWNIONEJ,
 - SPEŁNIENIA PRZEZ OSOBĘ UPRAWNIONĄ WARUNKU Z ART. 40 UST.1,
 - UZASADNIENIA CELOWOŚCI ODBYCIA WNIOSKOWANEGO SZKOLENIA (UPRAWDOPODOBNIENIA PODJĘCIA ZATRUDNIENIA, INNEJ PRACY ZAROBKOWEJ LUB DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ),
 - WYSOKOŚCI UDZIELONEGO WSPARCIA (KOSZT W CZĘŚCI FINANSOWANEJ ZE ŚRODKÓW PFRON W DANYM ROKU NIE MOŻE PRZEKROCZYĆ 300% PRZECIĘTNEGO WYNAGRODZENIA, A W OKRESIE KOLEJNYCH TRZECH LAT PRZEKROCZYĆ DZIESIĘCIOKROTNEGO PRZECIĘTNEGO WYNAGRODZENIA),
 - ZAPOTRZEBOWANIA NA RYNKU PRACY NA KWALIFIKACJE, KTÓRE OSOBA UPRAWNIONA UZYSKA W WYNIKU UKOŃCZENIA WSKAZANEGO SZKOLENIA,
 - LIMITU ŚRODKÓW FINANSOWYCH PFRON BĘDĄCYCH W DYSPOZYCJI URZĘDU.
3. ZŁOŻENIE WNIOSKU NIE OZNACZA SKIEROWANIA NA SZKOLENIE.
4. O SPOSOBIE ROZPATRZENIA WNIOSKU WNIOSKODAWCA POWIADAMIANY JEST W TERMINIE DO 30 DNI OD DNIA ZŁOŻENIA KOMPLETNEGO WNIOSKU.
5. W PRZYPADKU POZYTYWNEGO ROZPATRZENIA WNIOSKU WNIOSKODAWCA OTRZYMUJE SKIEROWANIE NA SZKOLENIE.
6. W PRZYPADKU NEGATYWNEGO ROZPATRZENIA WNIOSKU WNIOSKODAWCA OTRZYMUJE UZASADNIENIE ODMOWY NA PIŚMIE.
7. WYKLUCZA SIĘ MOŻLIWOŚĆ JEDNOCZESNEGO FINANSOWANIA KOSZTÓW SZKOLENIA I INNEJ FORMY AKTYWIZACJI ZAWODOWEJ, PRZEWIDZIANEJ W USTAWIE O PROMOCJI ZATRUDNIENIA I INSTYTUCJACH RYNKU PRACY, FINANSOWANEJ ZE ŚRODKÓW PFRON.



**TYLKO WNIOSK CZYTELNY, UZUPEŁNIONY I KOMPLETNY
PRZYJĘTY ZOSTANIE DO ROZPATRZENIA**

CZĘŚĆ V – ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU /NALEŻY DOŁĄCZYĆ:/

1. KSEROKOPIE DOKUMENTÓW POŚWIADCZAJĄCYCH POSIADANIE PRZEZ OSOBĘ WYSTĘPUJĄCĄ Z WNIOSEM AKTUALNYCH KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH CZY UPRAWNIEŃ ZWŁASZCZA, GDY MAJĄ ONE BEZPOŚREDNI ZWIĄZEK Z KIERUNKIEM WSKAZANEGO SZKOLENIA.
2. **KSEROKOPIĘ ORZECZENIA O RODZAJU I STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI.**
3. OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O ZAMIARZE ZATRUDNIENIA LUB POWIERZENIA INNEJ PRACY ZAROBKOWEJ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ PO ZAKOŃCZONYM SZKOLENIU **LUB** OŚWIADCZENIE O ZAMIARZE ROZPOCZĘCIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZEZ WNIOSKODAWCĘ PO ZAKOŃCZENIU SZKOLENIA, W PRZYPADKU POWOŁANIA SIĘ NA NIE W UZASADNIENIU.

CZĘŚĆ VI – KLAUZULA INFORMACYJNA

WYPEŁNIAJĄC OBOWIĄZEK WYNIKAJĄCY Z ART. 13 OGÓLNEGO ROZPORZĄDZENIA O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH Z DNIA 27 KWIETNIA 2016R. (DZ. URZ. UE L 119 Z 04.05.2016) POWIATOWY URZĄD PRACY W JAWORZE, UL. STRZEGOMSKA 7, 59-400 JAWOR INFORMUJE, IŻ JEST:

- 1) ADMINISTRATOREM PANI/PANA DANYCH OSOBOWYCH.
- 2) KONTAKT Z INSPEKTOREM OCHRONY DANYCH: WRJA@PRACA.GOV.PL.
- 3) PANI/PANA DANE OSOBOWE PRZETWARZANE BĘDĄ W CELU REALIZACJI USTAWOWYCH ZADAŃ URZĘDU - NA PODSTAWIE ART. 6 UST. 1 LIT. C OGÓLNEGO ROZPORZĄDZENIA O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH Z DNIA 27 KWIETNIA 2016 R. ORAZ NA PODSTAWIE ART. 9 UST.1 LIT. G OGÓLNEGO ROZPORZĄDZENIA O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH Z DNIA 27 KWIETNIA 2016 R. - USTAWA Z DNIA 20 KWIETNIA 2004 R. O PROMOCJI ZATRUDNIENIA I INSTYTUCJACH RYNKU PRACY.
- 4) ODBIORCAMI PANI/PANA DANYCH OSOBOWYCH BĘDĄ WYŁĄCZNIE PODMIOTY UPRAWNIONE DO UZYSKANIA DANYCH OSOBOWYCH NA PODSTAWIE PRZEPISÓW PRAWA.
- 5) PANI/PANA DANE OSOBOWE PRZECHOWYWANE BĘDĄ W CZASIE OKREŚLONYM PRZEPISAMI PRAWA, ZGODNIE Z INSTRUKCJĄ KANCELARYJNĄ I JEDNOLITYM RZECZOWYM WYKAZEM AKT.
- 6) POSIADA PANI/PAN PRAWO ŻĄDANIA OD ADMINISTRATORA DOSTĘPU DO DANYCH OSOBOWYCH, PRAWO DO ICH SPROSTOWANIA, PRAWO DO WNIESIENIA SPRZECIWU WOBEC PRZETWARZANIA, PRAWO DO PRZENOSZENIA DANYCH.
- 7) MA PANI/PAN PRAWO WNIESIENIA SKARGI DO ORGANU NADZORCZEGO JEŚLI PANI/PANA ZDANIEM, PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH PANI/PANA – NARUSZA PRZEPISY UNIJNEGO ROZPORZĄDZENIA RODO.
- 8) PODANIE DANYCH OSOBOWYCH W ZAKRESIE WYMAGANYM USTAWODAWSTWEM (USTAWA Z DNIA 20 KWIETNIA 2004 R. O PROMOCJI ZATRUDNIENIA I INSTYTUCJACH RYNKU PRACY) JEST OBLIGATORYJNE.
- 9) PANI/PANA DANE OSOBOWE NIE BĘDĄ PRZETWARZANE W SPOSÓB ZAUTOMATYZOWANY I NIE BĘDĄ PROFILOWANE.

OŚWIADCZAM, ŻE:

1) WSZYSTKIE DANE I INFORMACJE ZAWARTE W POWYŻSZYM WNIOSKU SĄ ZGODNE Z PRAWDĄ, CO STWIERDZAM UPREDZONY(A) O ODPOWIEDZIALNOŚCI PRZEWIDZIANEJ W ART. 233 §1 KODEKSU KARNEGO: „KTO SKŁADAJĄC ZEZNANIA MAJĄCE SŁUżyć ZA DOWÓD W POSTĘPOWANIU SĄDOWYM LUB INNYM POSTĘPOWANIU PROWADZONYM NA PODSTAWIE USTAWY – ZEZNAJE NIEPRAWDĘ LUB ZATAJA PRAWDĘ PODLEGA KARZE POZBAWIENIA WOLNOŚCI OD 6 MIESIĘCY DO LAT 8”,

2) WYRAŻAM ZGODĘ NA PRZETWARZANIE MOICH DANYCH ZGODNIE Z USTAWĄ Z 10 MAJA 2018 R. O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH DZ. U. Z 2018 R. POZ. 1000) ORAZ ROZPORZĄDZENIEM PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 Z DNIA 27 KWIETNIA 2016 R. W SPRAWIE OCHRONY OSÓB FIZYCZNYCH W ZWIĄZKU Z PRZETWARZANIEM DANYCH OSOBOWYCH I W SPRAWIE SWOBODNEGO PRZEPŁYWU TAKICH DANYCH ORAZ UCHYLENIA DYREKTYWY 95/46/WE (OGÓLNE ROZPORZĄDZENIE O OCHRONIE DANYCH).

3) (PROSZĘ PONIŻEJ ZNAKIEM – X ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE):

POSIADAM NIEUREGULOWANE ZOBOWIĄZANIA FINANSOWE

NIE POSIADAM NIEUREGULOWANYCH ZOBOWIĄZAŃ FINANSOWYCH WOBEC PFRON,

4) ZAPOZNAŁEM /AM SIĘ Z ZASADAMI ORGANIZOWANIA I FINANSOWANIA SZKOLEŃ W POWIATOWYM URZĘDZIE PRACY W JAWORZE,

5) ZOSTAŁEM/AM POINFORMOWANY/A, ŻE W PRZYPADKU PODJĘCIA ZATRUDNIENIA, INNEJ PRACY ZAROBKOWEJ LUB DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PRZED ROZPOCZĘCIEM SZKOLENIA LUB W TRAKCIE UDZIAŁU W SZKOLENIU, OBOWIĄZANY /A JESTEM ZAWIADOMIĆ POWIATOWY URZĄD PRACY W JAWORZE O TYM FAKCIE,

6) ZOSTAŁEM/AM POINFORMOWANY/A, ŻE UTRATA PRZEZE MNIĘ STATUSU OSOBY POSZUKUJĄCEJ PRACY PRZED LUB W DNIU ROZPOCZĘCIA SZKOLENIA JEST RÓWNOZNACZNA Z BRAKIEM MOŻLIWOŚCI SFINANSOWANIA JEGO KOSZTÓW PRZEZ POWIATOWY URZĄD PRACY W JAWORZE.

.....
(MIEJSCOWOŚĆ, DNIA)

.....
(PODPIS WNIOSKODAWCY)

.....
(pieczętka firmy)

....., dnia,
(miejsowość)

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O ZAMIARZE ZATRUDNIENIA OSOBY UPRAWNIONEJ PO ZAKOŃCZENIU SZKOLENIA

1. Pełna nazwa pracodawcy:

.....

2. Adres siedziby pracodawcy:

.....

3. Miejsce prowadzenia działalności:

tel. tel. kom

REGON NIP

Przedstawiając powyższe informacje oświadczam, że zamierzam zatrudnić:

Pana/ią,
(imię i nazwisko osoby przewidzianej do zatrudnienia)

na podstawie umowy:, **na okres minimum:**,
(o pracę/ zlecenie/o dzieło*)

niezwłocznie po ukończeniu szkolenia:,
(nazwa szkolenia/ zakres szkolenia)

nie później jednak niż do 2 miesięcy od dnia zakończenia szkolenia i zdania egzaminu jeśli był przewidziany jako potwierdzenie uzyskanych nowych kwalifikacji,

na stanowisku:

z proponowanym miesięcznym wynagrodzeniem brutto: zł.

Uwaga: Powiatowy Urząd Pracy w Jaworze zastrzega sobie prawo kontaktu z pracodawcą celem potwierdzenia zatrudnienia i przyjęcia oferty pracy ze wskazaniem osoby uprawnionej wymienionej w oświadczeniu. Niewywiązanie się ze złożonego zobowiązania skutkować będzie koniecznością pisemnego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Jaworze o przyczynach zaistniałej sytuacji. Istnieje możliwość zawarcia umowy trójstronnej na podstawie art. 40 ust. 2e ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2017 r. poz. 1065 z późn. zm.).

.....
(data, podpis i pieczętka osoby uprawnionej do reprezentacji
i składnia oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym)

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

O ZAMIARZE ROZPOCZĘCIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PO ZAKOŃCZENIU SZKOLENIA

JA, NIŻEJ PODPISANA/-Y

.....

Nr PESEL

ZAMIESZKAŁA/-Y.....

.....

OŚWIADCZAM, ŻE PO UKOŃCZENIU SZKOLENIA WSKAZANEGO PN.

.....

**PODEJMĘ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ, W OKRESIE 2 MIESIĘCY OD DNIA UKOŃCZENIA
WNOSKOWANEGO SZKOLENIA, W ZAKRESIE OBJĘTYM KIERUNKIEM SZKOLENIA.**

**1. RODZAJ PLANOWANEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ WG POLSKIEJ KLASYFIKACJI DZIAŁALNOŚCI
(PKD 2007):**

.....

.....

2. KRÓTKI OPIS PLANOWANEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ (ZAKRES, BRANŻA DZIAŁANIA):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**3. OBECNY STAN ZAAWANSOWANIA INWESTYCYJNEGO PRZEDSIĘWZIĘCIA (NP. LOKAL, LICENCJE,
POZWOLENIA, ZEZWOLENIA):**

.....

.....

.....

4. PRZED ZŁOŻENIEM WNIOSKU O SKIEROWANIE NA SZKOLENIE WSKAZANE

NIE PROWADZIŁAM/EM DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ.

PROWADZIŁAM/EM DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ W OKRESIE OD: DO
W ZAKRESIE (PROFIL DZIAŁALNOŚCI I KRÓTKI OPIS):

.....

.....

.....

.....

- a) **CZY WCZEŚNIEJSZA DZIAŁALNOŚĆ** GOSPODARCZA PROWADZONA BYŁA PRZY WYKORZYSTANIU ŚRODKÓW PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH (PFRON)? TAK NIE

b) **PRZYCZYNA LIKWIDACJI DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ:**

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

5. **ROZPOCZĘCIE DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ UZALEŻNIAM OD**
(PROSZĘ ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE):

- POSIADANIA ŚRODKÓW WŁASNYCH NA TEN CEL,
 POZYSKANIA ŚRODKÓW Z PFRON NA TEN CEL (DOTACJA),
 POZYSKANIA ŚRODKÓW NA TEN CEL Z INNYCH ŹRÓDEŁ (JAKICH?).....

.....

ZOBOWIAZUJĘ SIĘ DO DOSTARCZENIA DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH PODJĘCIE DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ W CIĄGU 7 DNI OD ICH OTRZYMANIA.

PONADTO INFORMUJĘ, ŻE:

ZGODNIE Z ART. 75 §2 KODEKSU POSTĘPOWANIA ADMINISTRACYJNEGO I UPRZEDZONY/A O ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ Z ART. 233 KODEKSU KARNEGO („KTO, SKŁADAJĄC ZEZNANIA MAJĄCE SŁUżyć ZA DOWÓD W POSTĘPOWANIU SĄDOWYM LUB INNYM POSTĘPOWANIU PROWADZONYM NA PODSTAWIE USTAWY- ZEZNAJE NIEPRAWDĘ LUB ZATAJA PRAWDĘ, PODLEGA KARZE POZBAWIENIA WOLNOŚCI OD 6 MIESIĘCY DO LAT 8”), OŚWIADCZAM, ŻE WSZYSTKIE INFORMACJE ZAWARTE W NINIEJSZYM OŚWIADCZENIU SĄ PRAWDZIWE.

.....
(DATA I CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY)

CZĘŚĆ VII - OCENA WNIOSKU

KWALIFIKACJA KANDYDATA NA SZKOLENIE

Wnioskodawca:.....

wiek: data ostatniej rejestracji:

Wniosek sprawdzono pod względem formalnym. Stwierdzam że niniejszy wniosek:

- kwalifikuje się do dalszej weryfikacji.
- nie kwalifikuje się do dalszej weryfikacji z powodu:
 - poszukujący pracy nie kwalifikuje się do objęcia formą wsparcia
 - Inny /jaki?/ _____

SKIEROWANIE DO DORADCY ZAWODOWEGO:

- Wnioskodawca nie wymaga skierowania do doradcy zawodowego.
- Wnioskodawca wymaga skierowania do doradcy zawodowego w celu:
 - określenia predyspozycji do wykonywania zawodu uzyskanego po ukończeniu szkolenia;
 - skierowania na specjalistyczne badania lekarskie i psychologiczne.

.....
(data, podpis i pieczęć pracownika realizującego usługę organizacja szkoleń)

WYNIK OPINII DORADCY ZAWODOWEGO:

- opinia pozytywna
- opinia negatywna

Krótkie uzasadnienie w przypadku opinii negatywnej:

.....

.....

.....

Wynik specjalistycznych badań lekarskich/psychologicznych:

- pozytywny
- negatywny
- nie dotyczy

.....
(data, podpis i pieczęć Doradcy Zawodowego)

CZĘŚĆ VIII - SPOSÓB ROZPATRZENIA WNIOSKU

Wniosek przedstawiono do rozpatrzenia w dniu _____

(podpis i pieczętka pracownika PUP)

Decyzja Dyrektora Urzędu

- Wyrażam zgodę** na skierowanie na szkolenie i sfinansowanie kosztów szkolenia wskazanego
- w 100%.
 - w części, w kwocie:

- Pod warunkiem** uzyskania pozytywnego zaświadczenia od lekarza Medycyny Pracy, **wyrażam zgodę** na skierowanie na szkolenie i sfinansowanie kosztów szkolenia wskazanego
- w 100%.
 - w części, w kwocie:

- Nie wyrażam zgody** na skierowanie na szkolenie i finansowanie kosztów szkolenia.

Krótkie uzasadnienie w przypadku negatywnego rozpatrzenia wniosku:

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

Wniosek przyjęty do realizacji ze środków:

- PFRON**

(podpis i pieczętka Dyrektora PUP)