

**Powiatowy Urząd Pracy
w Wieluniu**

Nr wniosku:.....

WNIOSEK OSOBY UPRAWNIONEJ O SKIEROWANIE NA SZKOLENIE

na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tj. Dz. U. z 2025r. poz. 214), Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji oraz trybu i sposobów prowadzenia usług rynku pracy (Dz. U. z 2014r. poz. 667).

I. WYPEŁNIA KANDYDAT NA SZKOLENIE:

1. Nazwisko i imię:
2. Adres: Nr tel.
3. Adres do korespondencji:
4. PESEL:..... Seria i numer dowodu osobistego
w przypadku cudzoziemca numer dokumentu stwierdzającego tożsamość.....
5. Wykształcenie:
6. Zawód wyuczony:
7. Zawody wykonywane:
.....
8. Posiadane uprawnienia/umiejętności:
.....
9. Oświadczam, że w okresie ostatnich 3 lat (uczestniczyłem/am – nie uczestniczyłem/am)* w szkoleniu finansowanym ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania z Powiatowego Urzędu Pracy.
10. W przypadku korzystania ze szkolenia/eń podać nazwę szkolenia, rok ukończenia szkolenia oraz Urząd Pracy, który wydał skierowanie na szkolenie:
.....
11. Po ukończeniu szkolenia podjąłem/am pracę, nie podjąłem/am pracy*

Uprowadzony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą potwierdzam, iż dane zawarte we wniosku są zgodne z prawdą.

.....
data i podpis wnioskodawcy

*niepotrzebne skreślić

III. Opinia **doradcy klienta** w zakresie zgodności wnioskowanego wsparcia z ustaleniami założonymi w indywidualnym planie działania (IPD):

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

.....
data

.....
podpis doradcy klienta

IV. Informacja **specjalisty ds. rozwoju zawodowego**:

1. Poniesiony koszt dotychczasowych szkoleń przekroczył/nie przekroczył* dziesięciokrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę na jedną osobę w okresie kolejnych 3 lat wg art. 109a ust. 1 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
2. Koszt szkolenia:,
+ badania lekarskie:

.....
data

.....
podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego

V. Określenie przez **doradcę zawodowego** predyspozycji do wykonywania zawodu uzyskanego w wyniku szkolenia, (w przypadku zawodu wymagającego szczególnych predyspozycji psychofizycznych):

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

.....
data

.....
podpis doradcy zawodowego

VI. **DECYZJA DYREKTORA PUP:**

Kandydat zakwalifikowany/niezakwalifikowany*

.....
data

.....
pieczętka i podpis Dyrektora PUP

* *niepotrzebne skreślić*

.....
(pieczęć firmy)

.....
(miejscowość, dnia)

DEKLARACJA PRACODAWCY
POTWIERDZAJĄCA MOŻLIWOŚĆ ZATRUDNIENIA OSOBY BEZROBOTNEJ
PO UKOŃCZENIU SZKOLENIA

1. Pełna nazwa pracodawcy:

.....
.....

2. Adres:

.....

nr tel./fax

NIP

REGON

3. Osoba reprezentująca pracodawcę:

.....

4. Rodzaj działalności:

.....

5. Liczba zatrudnionych pracowników:

Przedstawiając niniejszą informację potwierdzam możliwość zatrudnienia w ww. firmie
Panią/Pana:

.....

(imię i nazwisko, PESEL, adres zamieszkania)

w ciągu 1 miesiąca 2 miesięcy po ukończeniu szkolenia, zdobyciu uprawnień,

na okres na okres 3 miesięcy 6 miesięcy inny, tj.

(podać na jaki czas zostanie zawarta umowa)

na stanowisku:

.....

po zakończonym szkoleniu z zakresu:

.....

.....

.....
podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej

(dołączyć upoważnienie, jeśli nie wynika z dokumentu rejestrowego)

Imię i nazwisko:.....

DEKLARACJA O ZAMIARZE ROZPOCZĘCIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ

1. Przedmiot działalności z uzasadnieniem wyboru zakresu firmy (charakter organizacji, produkcja/handel/usługi, dotychczasowe doświadczenie, jakich korzyści Pan/Pani się spodziewa):

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

2. Planowany termin rozpoczęcia działalności:

.....

3. Miejsce wykonywania działalności:

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

4. Wyszczególnienie głównych kategorii usług/produktów/towarów oferowanych przez przyszłą firmę:

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

5. Cechy wyróżniające planowaną działalność gospodarczą w danej branży z uwzględnieniem szans przetrwania na rynku:

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

.....
podpis wnioskodawcy