............................................... (data)

**Starosta Moniecki**

**Powiatowy Urząd Pracy w Mońkach**

**WNIOSEK**

**osoby uprawnionej o skierowanie na szkolenie indywidualne w celu\*:**

* **podjęcia zatrudnienia zgodnie z deklaracją pracodawcy**
* **podjęcia działalności gospodarczej**

Na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.

1. **Nazwa wnioskowanego kierunku szkolenia:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**II. Dane osoby uprawnionej:**

1. Nazwisko i imię: …………………………………………………………………………………………………………….………………
2. Adres zamieszkania: ………………………………………………………………………………………………………………………

Nr telefonu: …………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Data urodzenia: ……………………………………..…………., PESEL ………………………………………………………………
2. Wykształcenie: ………………………………………………………………………………………………………………………………

Zawód wyuczony: ………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Posiadane uprawnienia potwierdzone dokumentami: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……….

***Oświadczam, iż w okresie ostatnich 3 lat, od dnia złożenia wniosku, nie uczestniczyłem(am)/ uczestniczyłem(am)\* w szkoleniu finansowanym ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania wydanego przez Powiatowy Urząd Pracy w .……………………………………………........., a ich łączny koszt przekroczył / nie przekroczył\* dziesięciokrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę.***

(Podstawa prawna: art. 109a ust1 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20 kwietnia 2004r.)

***Zobowiązuję się po ukończeniu szkolenia do podjęcia niezwłocznie zatrudnienia\*/rozpoczęcia własnej działalności gospodarczej\*.***

\*właściwe zaznaczyć

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

(miejscowość, data) (Podpis wnioskodawcy)

Uwaga!

1. Do wniosku należy dołączyć deklarację zatrudnienia poświadczoną przez pracodawcę lub oświadczenie o zamiarze podjęcia działalności gospodarczej – Załącznik Nr 1 do wniosku.
2. Ewentualnie – kserokopię dokumentów wymaganych do zakwalifikowania na dane szkolenie.

# **III. Wypełnia Powiatowy Urząd pracy w Mońkach:**

1. **Opinia specjalisty ds. rozwoju zawodowego:**
   1. Czy kandydat spełnia określone ustawą warunki do skierowania na szkolenie? **TAK/NIE\***
   2. Cel szkolenia: - przyuczenie do zawodu\*, - przekwalifikowanie\*, - doskonalenie zawodowe\*,  
      - nauka umiejętności poszukiwania i uzyskiwania zatrudnienia\*.
   3. Tryb skierowania na szkolenie: - z inicjatywy kandydata na wskazane przez niego szkolenie\*,   
      - z inicjatywy pracodawcy\*.
   4. Czy wskazana jest opinia doradcy zawodowego? **TAK/NIE\***.

……………………………………….. ………………………………………………………….

(data) (podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego)

# **IV. Wniosek o skierowanie osoby uprawnionej na specjalistyczne badania lekarskie/ psychologiczne:**

**UZASADNIENIE:**

Wnioskuję o skierowanie osoby uprawnionej ……………………..…….…………………………… na specjalistyczne badania lekarskie umożliwiające wydanie opinii o predyspozycjach do wykonywania zawodu ....………………………………………………........................................................................................................... w związku z tym, iż zawód ten wymaga szczególnych predyspozycji psychofizycznych.

……………………………………. ………………………………………………………….

(data) (podpis doradcy zawodowego)

# **V. Opinia doradcy klienta o predyspozycjach do wykonywania zawodu, który osoba uzyska w wyniku szkolenia:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Szczególna sytuacja na rynku  (zgodnie z ustawą z dnia 20.04.2004r.  o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy) | Tak   * Bezrobotny do 30 roku życia * Bezrobotny długotrwale * Bezrobotny powyżej 50 roku życia * Bezrobotny korzystający ze świadczeń z pomocy społecznej * Bezrobotny posiadającym co najmniej jedno dziecko do 6 roku życia lub co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne do 18 roku życia * Bezrobotnym niepełnosprawnym przysługuje pierwszeństwo w skierowaniu do udziału w programach specjalnych.   Nie | | |
| Utrata zdolności do pracy w dotychczasowym zawodzie | Nie | Ograniczenie zdolności | Tak |
| Doświadczenie zawodowe | Rozbieżne | Pokrewne | Zgodne |
| Wiedza i umiejętności zawodowe | Rozbieżne | Pokrewne | Zgodne |
| Wykształcenie | Rozbieżne | Pokrewne | Zgodne |
| Zmiana/podwyższenie/rozszerzenie kwalifikacji zawodowych | Nieuzasadniona | Wskazana | Konieczna |
| Cel zawodowy | Rozbieżny | Pokrewny | Zgodny |
| Spełnianie kryteriów ubiegania się o udział w kursie | Niespełnione | Częściowo spełnione | Spełnione |

Opiniuję: POZYTYWNIE / NEGATYWNIE

………………………………………. ………………………………………….…..

(data) (podpis doradcy zawodowego)

|  |
| --- |
| **Decyzja Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Mońkach**  Zatwierdzam do realizacji / nie zatwierdzam  Uwagi: ……………………………………………..……………….…..  ………………………………………………………….  (podpis Dyrektora) |

............................................. ..................................................... (pieczęć Pracodawcy) (miejscowość, data)

**DEKLARACJA PRACODAWCY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa Pracodawcy | |  | | | | | | |
| ADRES SIEDZIBY | | | | | | | | |
| ulica |  | | | | nr |  | lok. |  |
| miejscowość | | |  | kod pocztowy | |  | | |
| powiat | | |  | województwo | |  | | |
| nr telefonu | | |  | nr faksu | |  | | |
| e-mail | | |  | strona www | |  | | |
| NIP | | |  | REGON | |  | | |

zobowiązuje się do zatrudnienia Pana/i ...................................................................................................

zamieszkałego/łej .....................................................................................................................................

PESEL ……………………………………………………..

w charakterze............................................................................................................................................

(nazwa stanowiska pracy)

po ukończeniu szkolenia i uzyskaniu kwalifikacji ......................................................................................

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

(nazwa kursu)

na okres, co najmniej **3 miesięcy** na podstawie **umowy o pracę lub powierzenia wykonywanie innej pracy zarobkowej, która podlega ubezpieczeniom społecznym.**

**Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.**

.............................................. ..................................................................................... (miejscowość i data) (podpis/y osoby/osób upoważnionej/nych w imieniu pracodawcy)

Deklaracja winna być podpisana przez umocowanego przedstawiciela lub przedstawicieli pracodawcy, upoważnionego do podejmowania zobowiązań w jego imieniu, zgodnie z wpisem o reprezentacji w stosownym dokumencie, uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub udzielonym pełnomocnictwem. Pełnomocnictwo winno być dołączone do uprawdopodobnienia, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez pracodawcę.

**OŚWIADCZENIE OSOBY BEZROBOTNEJ UBIEGAJĄCEJ SIĘ SKIEROWANIE NA SZKOLENIE INDYWIDUALNE O ZAMIARZE PODJĘCIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ**

Nazwisko i imię ...........................................................................................................................

Adres ...........................................................................................................................................

PESEL .......................................................

Oświadczam, że zamierzam rozpocząć działalność gospodarczą w ramach własnych środków   
w zakresie: ...................................................................................................................................

..................................................................................................................................................... Oznaczonej symbolem PKD ..........................

W związku z powyższym proszę o sfinansowanie kursu: ..................................................................

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

Ponadto zobowiązuje się dostarczyć dokumenty potwierdzające podjecie działalności gospodarczej (tj. potwierdzenie wpisu do rejestru CEIDIG lub KRS) w terminie jednego miesiąca po uzyskaniu uprawnień.

**Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.**

.............................................. ..................................................................................... (miejscowość i data) (podpis osoby bezrobotnej)