#### Na zasadach określonych w art. 40 ust. 3 *Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* oraz *Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie szczegółowych warunków oraz trybu i sposobów prowadzenia usług rynku pracy*, w związku z art. 11 *Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych*

#### 

#### …………………………., dnia ……………….………

**cz. I. Wypełnia kandydat na szkolenie**

1. Informacje dotyczące osoby ubiegającej się o szkolenie:

Imię i nazwisko: .......................................................................................................................

PESEL (w przypadku cudzoziemca numer dokumentu stwierdzającego tożsamość .................................................................................................................................................

Adres zamieszkania ..………………........................................................................................

Nr telefonu kontaktowego........................................................................................................

Wykształcenie: poziom............................................ zawód wyuczony …………....................

Dodatkowe uprawnienia:..……................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………

2. Orzeczenie o niepełnosprawności *(zaznaczyć właściwe)*

Stopień niepełnosprawności **□** znaczny **□** umiarkowany **□** lekki

Orzeczenie ma charakter **□** stały/trwały **□** czasowy/okresowy ………………………….

/proszę podać termin badania kontrolnego/

Rodzaj niepełnosprawności …………………………………………………………………………

3. Ogólny staż pracy: …………… lat

4. Dotychczasowe uczestnictwo w szkoleniach organizowanych przez PUP – tak/nie\*

5. Jeżeli tak, to proszę podać nazwę kierunku szkolenia (kursu) ………………………………………. ………………………………………………………………i rok ukończenia szkolenia ……...……………

6. Czy podjął/ęła Pan/i pracę po ukończeniu wyżej wymienionego szkolenia – tak/nie\*

7. Jeżeli tak, to czy podjęta praca była zgodna z kierunkiem odbytego szkolenia – tak/nie\*

8. Informacja o wybranym przez siebie szkoleniu

|  |  |
| --- | --- |
| nazwa i zakres wnioskowanego szkolenia |  |
| planowany termin i miejsce wnioskowanego szkolenia |  |
| nazwa i adres wskazanej instytucji szkoleniowej |  |
| przewidywany koszt szkolenia |  |
| czy zachodzi konieczność korzystania z pomocy tłumacza języka migowego albo lektora dla niewidomych lub osoby towarzyszącej osobie niepełnosprawnej ruchowo zaliczonej do znacznego stopnia niepełnosprawności? |  |
| inne informacje dodatkowe o wskazanym szkoleniu |  |

*Urząd Pracy Powiatu Krakowskiego zastrzega sobie wybór jednostki szkolącej*

9. Uzasadnienie celowości udziału w szkoleniu *(proszę zakreślić odpowiednie)*:

**□** Gwarancja podjęcia pracy po przeszkoleniu (w załączeniu **deklaracja pracodawcy**)

**□** Oświadczenie o zamiarze podjęcia działalności gospodarczej (w załączeniu **oświadczenie   
o zamiarze podjęcia działalności gospodarczej**)

**□** Inne szczegółowe uzasadnienie celowości skierowania na szkolenie ……………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………...…………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………….…………….

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

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

Zobowiązuję Urząd Pracy Powiatu Krakowskiego do zorganizowania w/w szkolenia.

Deklaruję swoje uczestnictwo w zorganizowanym w w/w szkoleniu zorganizowanym przez UPPK

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

*(podpis wnioskodawcy)*

10. Oświadczenia wnioskodawcy

Oświadczam, że w okresie ostatnich trzech lat przed złożeniem wniosku:

1. **Uczestniczyłem(am) / nie uczestniczyłem(am)\*** w szkoleniu(ach) pn. …………………..…

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

na podstawie skierowania powiatowego urzędu pracy w ………………………..………………

1. **Otrzymałem(am) / nie otrzymałem(am)**\*, środki PFRON w wysokości ……………………… na podstawie umowy (podać nr umowy, cel i datę przyznania dofinansowania oraz stan rozliczenia środków) ………………………………………………………………….……………… ………………………………………………………………………………………………………….

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

*(podpis wnioskodawcy)*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**cz. II. Wypełnia Urząd Pracy Powiatu Krakowskiego**

1. Opinia pośrednika pracy ………………………………………………..………………………………..

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cel szkolenia | | |
| przyuczenie do zawodu  | przekwalifikowanie  | doskonalenie zawodowe  |

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

*(data pieczęć i podpis)*

2. Opinia doradcy zawodowego ……………………………………………………………………………..

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

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

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

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

*(data pieczęć i podpis)*

3. Opiniuję pozytywnie / negatywnie\*

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

*(miejscowość i data) (pieczęć i podpis Kierownika Filii / Działu)*

4. Akceptuję / nie akceptuję\* do realizacji

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

*(miejscowość i data) (pieczęć i podpis Kierownika CAZ)*