

WNIOSEK O SKIEROWANIE NA SZKOLENIE INDYWIDUALNE

....., dnia.....
(miejsowość)

cz. I. Wypełnia kandydat na szkolenie

1. Informacje dotyczące osoby ubiegającej się o szkolenie:

Imię i nazwisko:
Adres zamieszkania
PESEL
nr telefonu kontaktowego.....
Wykształcenie: poziom.....
zawód wyuczony
Dodatkowe uprawnienia:.....

.....
2. Ogólny staż pracy: lat

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

4. Jeżeli tak, to proszę podać nazwę kierunku szkolenia (kursu)

.....
i rok ukończenia szkolenia

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

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

7. Informacja o wybranym przez siebie szkoleniu

nazwa szkolenia	
termin szkolenia	
nazwa i adres wskazanej instytucji szkoleniowej	
koszt szkolenia	
inne informacje o wskazanym szkoleniu	

8. 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 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)

cz. II. Wypełnia pracownik Urzędu Pracy

1. Opinia pośrednika pracy

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

Cel szkolenia		
przyuczenie do zawodu <input type="checkbox"/>	przekwalifikowanie <input type="checkbox"/>	doskonalenie zawodowe <input type="checkbox"/>

.....
(data pieczęć i podpis)

2. Opinia doradcy zawodowego

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

.....
(data pieczęć i podpis)

3. Opinia doradcy klienta

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

.....
(data pieczęć i podpis)

4. Opiniuję pozytywnie / negatywnie *

Nazwa szkolenia

.....
.....

.....
(miejsowość i data)

.....
(pieczęć i podpis Kierownika Filii/Działu)

5. Akceptuję / nie akceptuję * do realizacji

.....
(miejsowość i data)

.....
*(pieczęć i podpis Kierownika Centrum
Aktywizacji Zawodowej)*

*) niepotrzebne skreślić