RP.543.1. .2023.MN. .....................................................................

/kolejny numer z rejestru wniosków/ Data wpływu wniosku do CAZ w PUP w Płocku

**WNIOSEK**

**O SKIEROWANIE NA SZKOLENIE INDYWIDUALNE**

*Podstawa prawna art. 40 ust.3 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r.*

 *o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz.U. z 2022r., poz. 690* z późn. zm. *)*

**KARTA KANDYDATA NA SZKOLENIE**

***Cz. I. Wypełnia kandydat na szkolenie\****

1.Nazwisko................................................................................. Imię .............................................................................

2.Data urodzenia ....................................................................PESEL..............................................................................

3.Adres zamieszkania .......................................................................................................................................................

 Nr tel. ...............................................................................................................................................

4.Wykształcenie................................................................................................................................................................

(nazwa i rok ukończenia szkoły)

5.Zawód wyuczony ..........................................................................................................................................................

– wykonywany najdłużej .................................................................................................................................................

– wykonywany ostatnio ....................................................................................................................................................

6.Posiadane uprawnienia .................................................................................................................................................

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

7.Dodatkowe umiejętności: ..............................................................................................................................................

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

8. Posiadam/nie posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności\*)

9. Nazwa kierunku szkolenia, którym zainteresowany jest kandydat ..............................................................................................

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

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

(podpis kandydata na szkolenie)

**\*UWAGA - wypełnienie karty kandydata nie oznacza zakwalifikowania na szkolenie**

-2 -

***Cz. II . Wypełniana przez pracowników Centrum Aktywizacji Zawodowej w Powiatowym Urzędzie Pracy.***

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

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

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

( data) ( pieczęć i podpis)

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

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

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

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

 ( data) ( pieczęć i podpis)

3. Opinia specjalisty ds. rozwoju zawodowego : ....................................... ........................................................

 (nr ewidencyjny bezrobotnego) (data ostatniej rejestracji)

Skierowanie na szkolenie: - z inicjatywy kandydata na jego wniosek\* - ~~z inicjatywy organu zatrudnienia~~\*

Cel szkolenia:

 -przyuczenie do zawodu\*, - przekwalifikowanie\*, - doskonalenie zawodowe\*, - nauka umiejętności poszukiwania i uzyskiwania zatrudnienia\*.

- wynika z IPD\*/~~nie wynika z IPD\*~~

Podjęte działania

.........................................- bez świadczeń\*/ z prawem do zasiłku\*

* osoba bezrobotna do 25 roku życia\*/ osoba do 30 roku życia\*
* osoba długotrwale bezrobotna\*
* osoba bezrobotna powyżej 50 roku życia\*
* osoba bezrobotna korzystająca ze świadczeń z pomocy społecznej\*
* osoba bezrobotna posiadająca co najmniej 1 dziecko do 6 r.ż. lub co najmniej 1 dziecko niepełnosprawne do 18 r.ż. \*
* osoba bezrobotna niepełnosprawna\*
* osoba zamieszkująca na wsi\*

Dotychczas osoba korzystała\*/ nie korzystała\* ze szkoleń/studiów podyplomowych\*……………………………………………………………

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

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

 ( data) ( pieczęć i podpis)

Kandydat zakwalifikowany\*, Kandydat nie zakwalifikowany\*(\*\*)

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

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

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

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

 ( data) ( pieczęć i podpis)

-3 -

 **PODANIE**

 **O SKIEROWANIE NA SZKOLENIE INDYWIDUALNE**

***Nazwa szkolenia***……………………………………………………………………………...……………………………

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

***Uzasadnienie celowości w/w szkolenia …………………………………………………………………………***………..

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 ( podpis osoby bezrobotnej)