

**POWIATOWY URZĄD PRACY W JAWORZE**  
Centrum Aktywizacji Zawodowej

Wpisano do rejestru wniosków pod numerem:

Ul. Strzegomska 7  
59-400 Jawor

## **W N I O S E K**

### **O SFINANSOWANIE KOSZTÓW SZKOLENIA WSKAZANEGO PRZEZ OSOBĘ UPRAWNIONĄ**

*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*  
**wnioskuję o skierowanie i sfinansowanie szkolenia pn.**

<b>Nazwa szkolenia:</b>	..... .....
-------------------------	----------------

### **CZĘŚĆ I – Informacje o Wnioskodawcy**

1.	<b>Imię i nazwisko</b>	
2.	<b>PESEL</b> (lub w przypadku cudzoziemca numer dokumentu stwierdzającego tożsamość):	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _
3.	<b>Adres zamieszkania:</b>	
4.	<b>Adres korespondencyjny:</b>	
5.	<b>Telefon kontaktowy:</b>	tel. _ _ _ _ _ _ _ _ tel. kom. _ _ _ _ _ _ _ _
6.	<b>Poziom wykształcenia:</b>	<input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/> średnie LO <input type="checkbox"/> średnie techniczne <input type="checkbox"/> średnie zawodowe <input type="checkbox"/> pomaturalne/policealne <input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> brak

7.	<b>Zawód wyuczony:</b>		
8.	<b>Posiadane uprawnienia, certyfikaty, ukończone szkolenia</b> (wraz z datą ich uzyskania i ważności):		
9.	<b>Przebieg pracy zawodowej:</b>	(należy podać dane dotyczące dwóch ostatnich okresów zatrudnienia):	
Okres pracy		Nazwa zakładu pracy	Stanowisko
od	do		

**10. Posiadanie przeciwwskazań zdrowotnych do pracy potwierdzonych orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności:**

- NIE  
 TAK

Numer orzeczenia: .....

Stopień niepełnosprawności:  lekki;  umiarkowany;  znaczny

Naruszenie sprawności organizmu od dnia: .....

- stałe (trwale);  
 czasowe (okresowe) do dnia: .....

**11. Czy korzystał/a Pan/ Pani dotychczas ze szkoleń finansowanych przez PUP w Jaworze?**

- NIE  
 TAK

Jeżeli TAK, proszę podać nazwę kierunku szkolenia, rok ukończenia:

.....  
.....

## CZĘŚĆ II – Informacje o szkoleniu

**1. Propozycja własna miejsca szkolenia:** (pozycja nie jest obowiązkowa do wypełnienia)

Nazwa i adres instytucji szkoleniowej: .....

.....  
Koszt szkolenia: .....zł. Termin szkolenia: .....

**2. Uzasadnienie wyboru wskazanej powyżej instytucji szkoleniowej:**

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

**3. W jakiej max. odległości od miejsca zamieszkania mógłby Pan/ Pani się szkolić? ..... km.**

## CZĘŚĆ III – Uzasadnienie celowości szkolenia

Co skłania Pana/Panią do wzięcia udziału w szkoleniu? (proszę poniżej znakiem **X** zaznaczyć właściwe):

1.

- brak kwalifikacji zawodowych,
- konieczność zmiany lub uzupełnienia kwalifikacji,
- utrata zdolności do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie.

**2. Wskazanie możliwości zatrudnienia:**

- posiadam prawdopodobnie podjęcie pracy u pracodawcy,
- zamierzam rozpocząć działalność gospodarczą,
- nie posiadam deklaracji zatrudnienia ale na rynku pracy występuje duże zapotrzebowanie na kwalifikacje, o które wnioskuję.  
Źródła informacji:     Internet         prasa lokalna         znajomi         inne źródła,  
jakie?

.....

**3. Uzasadnienie potrzeby udzielenia tej formy wsparcia (należy wskazać istotny cel ukończenia szkolenia, podyktowany, np. zmianą, uzyskaniem lub podwyższeniem kwalifikacji, utratą dotychczas posiadanych uprawnień, pogorszeniem stanu zdrowia uniemożliwiającego wykonywanie wyuczonego zawodu, a także przedstawić możliwości zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej po szkoleniu):**

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



- o sposobie rozpatrzenia wniosku Wnioskodawca powiadamiany jest w terminie do 30 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku.
- w przypadku wyboru kierunku szkolenia, po którym wykonywanie zawodu wymaga szczególnych predyspozycji psychofizycznych lub wymagane jest posiadanie odpowiednich predyspozycji do podjęcia zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej, przed rozpatrzeniem wniosku, opinię jak też skierowanie na specjalistyczne badania psychologiczne i lekarskie wydaje doradca zawodowy. O terminie wizyty u doradcy zawodowego wnioskodawca powiadamiany jest w formie pisemnej. Opinia doradcy zawodowego będzie miała wpływ na sposób rozpatrzenia wniosku.

.....  
(miejsowość, dnia)

.....  
(podpis Wnioskodawcy)

## **CZĘŚĆ V – Załączniki do wniosku:**

### **Do wniosku należy dołączyć:**

1. Kserokopie dokumentów poświadczających posiadanie przez osobę występującą z wnioskiem aktualnych kwalifikacji zawodowych czy uprawnień zwłaszcza, gdy mają one bezpośredni związek z kierunkiem wskazanego szkolenia.
2. Kserokopię orzeczenia o rodzaju i stopniu niepełnosprawności (*w przypadku posiadania takiego orzeczenia*).
3. Oświadczenie pracodawcy o zamiarze zatrudnienia osoby po ukończeniu szkolenia (zał. nr 1 do wniosku), lub
4. Oświadczenie o zamiarze podjęcia działalności gospodarczej (zał. nr 2 do wniosku) lub
5. Inne dokumenty potwierdzające konieczność odbycia szkolenia, w celu podjęcia pracy, na które powołuje się wnioskodawca w części II pkt. 3 wniosku.