



Powiatowy
Urząd Pracy
w Częstochowie

Aktywizacja zawodowa bezrobotnych wspierana jest ze środków rezerwy
Funduszu Pracy będącej w dyspozycji Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej

Program pn. „Czas na nową drogę”

Ministra Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



Powiatowy Urząd Pracy w Częstochowie, ul. Szymanowskiego 15
czestochowa.praca.gov.pl, tel. 34 370 61 00, infolinia 800 112 216

Częstochowa, dn.

**Powiatowy Urząd Pracy
ul. Szymanowskiego 15
42-217 Częstochowa**

WNIOSEK O SKIEROWANIE NA SZKOLENIE INDYWIDUALNE DLA OSÓB ZAREJESTROWANYCH ZE STATUSEM BEZROBOTNEGO

.....
/numer wniosku/

CZĘŚĆ I – wypełnia Wnioskodawca

Nazwa wnioskowanego kierunku szkolenia

.....
.....

Dane dotyczące Wnioskodawcy

Nazwisko Imię

Data urodzenia PESEL

Adres zamieszkania

Numer telefonu

Uzasadnienie celowości skierowania na szkolenie

(właściwe podkreślić)

- Uprawdopodobnienie zatrudnienia (Załącznik nr 1)
- Oświadczenie o zamiarze podjęcia działalności gospodarczej wraz z opisem planowanego przedsięwzięcia (Załącznik nr 2)

Dodatkowe informacje o wnioskowanym szkoleniu

(można wskazać instytucję szkoleniową)

Nazwa i adres instytucji szkoleniowej

.....

Numer instytucji w Rejestrze Instytucji Szkoleniowych

Termin szkolenia Koszt szkolenia:

Instytucja szkoleniowa przeprowadzająca szkolenie musi posiadać aktualny wpis do Rejestru Instytucji Szkoleniowych

Oświadczam, że (właściwe podkreślić):

- w okresie ostatnich 3 lat nie uczestniczyłem/łam w szkoleniu finansowanym ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania Powiatowego Urzędu Pracy,
- w okresie ostatnich trzech lat uczestniczyłem/łam w szkoleniu/ szkoleniach pod nazwą:

.....

.....

finansowanym ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania Powiatowego Urzędu Pracy w (należy wpisać miejscowość)

Świadomy/ma odpowiedzialności prawnej oświadczam, iż dane zawarte powyżej są zgodne z prawdą.

.....

/data i podpis Wnioskodawcy/

Załączniki do wniosku:

- **Załącznik nr 1** – Uprawdopodobnienie zatrudnienia – wypełnia Pracodawca.
- **Załącznik nr 2** – Oświadczenie o zamiarze podjęcia działalności gospodarczej wraz z opisem planowanego przedsięwzięcia – wypełnia Wnioskodawca.
- **Załącznik nr 3** – Oświadczenie – wypełnia Wnioskodawca.

CZĘŚĆ II – Karta oceny wniosku (wypełnia Powiatowy Urząd Pracy)

1. Opinia doradcy klienta Działu Promocji Zatrudnienia i Aktywizacji:

Lp.	Kryteria oceny	Tak	Nie	Uwagi
1	Zgodne z Indywidualnym Planem Działania			
2	Wnioskodawca kwalifikuje się do Programu „Czas na nową drogę” – jest osobą długotrwale bezrobotną			
3	Zasadność skierowania na szkolenie (zaznaczyć właściwe): <ul style="list-style-type: none">• brak kwalifikacji zawodowych• konieczność zmiany lub uzupełnienia kwalifikacji• utrata zdolności do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie			
4	Zgodne z posiadanymi kwalifikacjami			
5	Weryfikacja uprawdopodobnienia zatrudnienia (CEIDG, KRS)			
6	Zgodność profilu planowanej działalności gospodarczej z wnioskowanym kierunkiem szkolenia			
7	Zapotrzebowanie na pracowników posiadających kwalifikacje zgodne z wnioskowanym kierunkiem szkolenia z uwzględnieniem aktualnego barometru zawodów dla m. Częstochowy i powiatu częstochowskiego (właściwe zaznaczyć): <ul style="list-style-type: none">• nadwyżkowy,• deficytowy,• zrównoważony			

Uwagi:

.....

Pobranie danych z ZUS w dniu opiniowania wniosku o sfinansowanie szkolenia indywidualnego

.....
/data i podpis doradcy klienta/

Opiniuję POZYTYWNIEM / NEGATYWNIEM
(niepotrzebne skreślić)

.....
/data i podpis doradcy klienta/

Akceptuję TAK / NIE (niepotrzebne skreślić)

Uwagi:

.....
/data i podpis Kierownika/
Zastępcy Kierownika Działu/

2. Opinia doradcy klienta Działu Rynku Pracy dotycząca możliwości zawarcia umowy szkoleniowej i wydania skierowania na szkolenie

Lp.	Kryteria oceny	Tak	Nie	Uwagi
1	Instytucja szkoleniowa posiada aktualny wpis do Rejestru Instytucji Szkoleniowych			
2	Instytucja szkoleniowa zgadza się na zawarcie umowy szkoleniowej			
3	Instytucja szkoleniowa przedstawiła wymagane dokumenty w szczególności: harmonogram kursu, preliminarz kosztów			
4	Możliwość sfinansowania szkolenia / kursu			

Opiniuję POZYTYWNIIE / NEGATYWNIE (niepotrzebne skreślić)

Uwagi:

.....

/data i podpis doradcy klienta/

Akceptuję TAK / NIE (niepotrzebne skreślić)

Uwagi:

.....

/data i podpis Kierownika Działu/

Akceptuję TAK / NIE (niepotrzebne skreślić)

Uwagi:

.....

/data i podpis Kierownika CAZ/

Akceptuję TAK / NIE (niepotrzebne skreślić)

Uwagi:

.....

/data i podpis Dyrektora PUP/