

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**(właściwepodkreślić)

* 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):** * **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):*** **nadwyżkowy,**
* **deficytowy,**
* **zrównoważony**
 |  |  |  |

Uwagi:

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

/data i podpis doradcy klienta/

Opiniuję POZYTYWNIE / NEGATYWNIE
(niepotrzebne skreślić)

/data i podpis doradcy klienta/

Akceptuję TAK / NIE (niepotrzebne skreślić)

Uwagi:

/data i podpis Kierownika/
Zastępcy Kierownika Działu/

1. **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 POZYTYWNIE / 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/