Załącznik nr 1 do Kryteriów

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wpisano do rejestru wniosków pod nr ......................... | WYPEŁNIA PUP | Data wpływu wniosku do PUP |



Strzelce Opolskie, dnia ……………………………

# **Wniosek o skierowanie na szkolenie**

# **wskazane przez osobę zarejestrowaną**

*w ramach projektu „Aktywizacja zawodowa osób pozostających bez zatrudnienia realizowana przez PUP w Strzelcach Opolskich (II)" w ramach Działania 5.1 Aktywizacja zawodowa osób pozostających bez zatrudnienia realizowana przez PUP w ramach Osi priorytetowej 5 Fundusze Europejskie wspierające opolski rynek pracy i edukację FEO 2021-2027, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus*

Cz. I wypełnia osoba zarejestrowana:

Nazwisko………………………………….. Imię………………………………………………..

PESEL………………………………… Nr dokumentu tożsamości…………………………….

Zawód wyuczony……………………………. Nr telefonu………………………………………

Adres………………………………………………………………………………………………

Zwracam się z prośbą o skierowanie i sfinansowanie indywidualnego szkolenia ...........................................................................................................................................................................................................

/nazwa szkolenia/

**Uzasadnienie celowości szkolenia**…………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

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

Do wniosku załączam informacje o wybranym przez siebie szkoleniu: TAK NIE

Do wniosku załączam oświadczenie pracodawcy o zamiarze zatrudnienia: TAK NIE

Oświadczam, że w okresie ostatnich 3 lat **nie uczestniczyłem/am / uczestniczyłem/am** (\*) w szkoleniu/niach p.n. …………………………………………........................................................................

finansowanym/ch ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania z Powiatowego Urzędu Pracy w …………………………………. Koszt szkoleń wyniósł …………………………………………………

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

(podpis osoby zarejestrowanej)

*Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus*

* niepotrzebne skreślić

Cz. II wypełniana przez pracowników Powiatowego Urzędu Pracy:

Wnioskodawca nie brał / brał udział/u(\*) w szkoleniach w okresie ostatnich 3 lat, których łączna kwota kosztów szkolenia wyniosła ………………PLN.

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

(data i podpis osoby weryfikującej koszty szkolenia)

Opinia doradcy zawodowego o predyspozycjach zawodowych i preferowanym kierunku szkolenia(\*):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

(data i podpis )

Opinia doradcy klienta:

W tym w zakresie zgodności wnioskowanego wsparcia z ustaleniami założonymi w Indywidualnym Planie Działania – szkolenie uwzględnione w IPD : TAK NIE

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

(data i podpis )

Informacja specjalisty ds. rozwoju zawodowego:

Data rejestracji wnioskodawcy:…………………………, Wykształcenie …………………………….

Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności……………………………………………………………….

Skierowanie na szkolenie :

- z inicjatywy kandydata na jego wniosek

Cel szkolenia- przyczyny wnioskowania o skierowanie na wskazane szkolenie(\*):

- brak kwalifikacji zawodowych;

- konieczność zmiany lub uzupełnienia kwalifikacji;

- utrata zdolności do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie;

- brak umiejętności aktywnego poszukiwania pracy.

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

(data i podpis )

**DECYZJA STAROSTY**

Wniosek został rozpatrzony **POZYTYWNIE / NEGATYWNIE**

Uzasadnienie:………………………………………………………………………………………………...……………………….………………………………………………………………………………………

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

(Starosta )

*Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus*