



**Powiatowy Urząd Pracy
w Ostrowcu Świętokrzyskim**

Ostrowiec Św. dn.

.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

.....

.....
(adres zamieszkania)

**Starosta Ostrowiecki
Powiatowy Urząd Pracy
w Ostrowcu Św.**

Wniosek
o skierowanie na szkolenie wskazane przez osobę uprawnioną
A - Wypełnia osoba uprawniona

I. Wnoszę o skierowanie na szkolenie:

.....
(nazwa szkolenia)

w celu uzyskania lub podniesienia kwalifikacji zawodowych i innych kwalifikacji zwiększających szanse na podjęcie lub utrzymanie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej w przypadku*:

- braku kwalifikacji zawodowych;
- konieczności zmiany lub uzupełnienia kwalifikacji;
- utraty zdolności do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie;
- braku umiejętności aktywnego poszukiwania pracy.

II. Dane personalne osoby uprawnionej:

1. Imię i nazwisko:.....

2. Data urodzenia:.....

3. PESEL:.....

4. Adres zamieszkania:.....

5. Tel. kontaktowy:.....

6. W przypadku cudzoziemca nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

7. Poziom i kierunek wykształcenia:

8. Zawód wyuczony:

9. Posiadane kwalifikacje zawodowe:

-.....

-.....

-.....

* - niepotrzebne skreślić

Informuję, że:

1. Wszystkie dane i informacje zawarte w powyższym Wniosku są zgodne z prawdą.
2. Zostałem/am poinformowany/a, że zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy osoba, która odmówiła przyjęcia propozycji szkolenia albo przerwała je bez uzasadnionej przyczyny bądź po skierowaniu nie podjęła szkolenia, traci status osoby bezrobotnej na okres 120 dni w przypadku pierwszej odmowy, 180 dni w przypadku drugiej odmowy, 270 dni w przypadku trzeciej i każdej kolejnej odmowy, chyba, że powodem odmowy lub przerwania szkolenia było podjęcie zatrudnienia,
3. Zostałem/am poinformowany/a, że po sprawdzeniu poprawności złożonych dokumentów, analizie wniosku oraz weryfikacji stanu środków finansowych z Funduszu Pracy przeznaczonych na tą formę pomocy, Urząd Pracy w Ostrowcu Św. poinformuje mnie na piśmie w ciągu 30 dni od złożenia wniosku o sposobie jego rozpatrzenia.

Oświadczam, że uczestniczyłem/am – nie uczestniczyłem/am * w szkoleniu finansowanym ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania powiatowego urzędu pracy w okresie ostatnich 3 trzech lat .

W przypadku uczestnictwa w szkoleniu proszę o wskazanie urzędu pracy, który wydał skierowanie

.....

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Załączniki:

1. Informacja o wybranym przez siebie szkoleniu uwzględniająca: - załącznik 1 (nieobligatoryjny)
- nazwa i termin szkolenia,
- nazwa i adres wskazanej instytucji szkoleniowej,
- koszt szkolenia,
- inne informacje o wskazanym szkoleniu, które osoba wnioskująca uzna za istotne
2. Informacja Pracodawcy dotycząca zamiaru powierzenia odpowiedniej pracy (zaświadczenie z ewidencji działalności gospodarczej lub wypis z KRS pracodawcy – na wniosek pracownika PUP)
- załącznik nr 2 (nieobligatoryjny)
3. Informacja o zamiarze podjęcia działalności gospodarczej po uzyskaniu stosownych kwalifikacji
- załącznik 3 (nieobligatoryjny).
4. Informacja od obecnego pracodawcy zawierająca uzasadnienie, iż podniesienie lub zmiana kwalifikacji jest konieczna w celu utrzymania zatrudnienia (zaświadczenie z ewidencji działalności gospodarczej lub wypis z KRS pracodawcy – na wniosek pracownika PUP) - załącznik 4 (nieobligatoryjny).

Wniosek należy złożyć na 30 dni przed planowanym terminem rozpoczęcia wskazanego szkolenia, celem dokonania niezbędnych formalności.

* - niepotrzebne skreślić

B – Wypełniają pracownicy Powiatowego Urzędu Pracy

.....
(nr ewidencyjny wnioskodawcy)

.....
(data zarejestrowania w PUP)

I. Informacja pośrednika pracy: *

Zapotrzebowanie na rynku pracy na kwalifikacje które osoba uprawniona uzyska w wyniku ukończenia szkolenia w okresie 12 miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku

.....
.....

.....
(czytelny podpis)

II. Informacja doradcy klienta:

Skierowanie na szkolenie wskazane przez osobę uprawnioną jest zgodne z ustaleniami indywidualnego planu działania: TAK NIE

.....
(czytelny podpis)

III. Opinia doradcy zawodowego: ***

Utrata zdolności do pracy w dotychczasowym zawodzie	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy	<input type="checkbox"/> Ograniczenie zdolności	<input type="checkbox"/> Tak
Doświadczenie zawodowe	<input type="checkbox"/> Brak	<input type="checkbox"/> Rozbieżne	<input type="checkbox"/> Pokrewne	<input type="checkbox"/> Zgodne
Wiedza i umiejętności zawodowe	<input type="checkbox"/> Brak	<input type="checkbox"/> Rozbieżne	<input type="checkbox"/> Pokrewne	<input type="checkbox"/> Zgodne
Wykształcenie podstawowe, gimnazjalne, średnie ogólnokształcące	<input type="checkbox"/> Brak	<input type="checkbox"/> Rozbieżne	<input type="checkbox"/> Pokrewne	<input type="checkbox"/> Zgodne
Nabycie / podwyższenie/ rozszerzenie kwalifikacji zawodowych	X	<input type="checkbox"/> Nieuzasadniona	<input type="checkbox"/> Wskazana	<input type="checkbox"/> Konieczna
Cel zawodowy	<input type="checkbox"/> Brak	<input type="checkbox"/> Rozbieżne	<input type="checkbox"/> Pokrewny	<input type="checkbox"/> Zgodny
Spełnianie kryteriów ubiegania się o udział w szkoleniu	X	<input type="checkbox"/> Niespełnione	<input type="checkbox"/> Częściowo spełnione	<input type="checkbox"/> Spełnione

Bezrobotny/inna osoba uprawniona** posiada predyspozycje do wykonywania zawodu TAK NIE

.....
(czytelny podpis)

IV. Ocena formalnoprawna wniosku:

Wniosek spełnia wymogi formalnoprawne / nie spełnia wymogów formalnoprawnych **

UWAGI:

.....
.....

Koszt szkolenia wynosi

.....
(data)

.....
(czytelny podpis)

Wyrażam zgodę /nie wyrażam zgody na sfinansowanie**

kosztów szkolenia w wysokości

.....
(data i podpis Starosty lub osoby upoważnionej)

* - wypełnić w przypadku braku załącznika nr 2,3 lub 4

** - niepotrzebne skreślić

*** - wypełnić w przypadku wymagającym określenia predyspozycji do wykonywania zawodu

Informacja z instytucji szkoleniowej
(należy złożyć w oryginale wraz z wnioskiem)

NAZWA INSTYTUCJI UPRAWNIONEJ DO PRZEPROWADZENIA SZKOLENIA WSKAZANEGO PRZEZ OSOBE UPRAWNIONĄ	
ADRES (miejscowość, ulica, nr budynku, kod pocztowy)	
NR TELEFONU / FAXU	
ADRES E-MAIL	
NR IDENTYFIKACJI PODATKOWEJ NIP	
NR IDENTYFIKACYJNY REGON	
RODZAJ PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI WG PKD (kod)	
NUMER RACHUNKU BANKOWEGO, NA KTÓRY NALEŻY DOKONAĆ WPLĄTY ZA SZKOLENIE WSKAZANE PRZEZ OSOBE UPRAWNIONĄ	
NAZWISKO I IMIĘ ORAZ STANOWISKO OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO KONTAKTÓW Z URZĘDEM PRACY	
NAZWA SZKOLENIA WSKAZANEGO PRZEZ OSOBE UPRAWNIONĄ	
MIEJSCE PROWADZENIA SZKOLENIA WSKAZANEGO PRZEZ OSOBE UPRAWNIONĄ (miejscowość, ulica, nr budynku, kod pocztowy)	
TERMIN REALIZACJI SZKOLENIA WSKAZANEGO PRZEZ OSOBE UPRAWNIONĄ ORAZ <u>LICZBA GODZIN ZEGAROWYCH</u> SZKOLENIA	
CAŁKOWITY KOSZT SZKOLENIA WSKAZANEGO PRZEZ OSOBE UPRAWNIONĄ	
KRYTERIA – WARUNKI, JAKIE MUSI SPEŁNIAĆ OSOBA UPRAWNIONA UBIEGAJĄCA SIĘ O SKIEROWANIE NA SZKOLENIE PRZEZ SIEBIE WSKAZANE	
Czy osoba uprawniona ubiegająca się o skierowanie na szkolenie przez siebie wskazane ma obowiązek przedstawić zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych.	

.....
(data)

.....
(czytelny podpis organizatora szkolenia)

OŚWIADCZENIE

w zakresie wykluczenia podmiotu ubiegającego się o wsparcie ze środków publicznych
w oparciu o ustawę z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu
agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. 2022, poz. 835) (Ustawa)

Nazwa podmiotu	
Adres podmiotu (kod, miejscowość, ulica, nr lokalu)	
NIP	

- Oświadczam(y), że podmiot, który reprezentuję **jest wpisane*/nie jest wpisane*** na listę, o której mowa w art. 2 ust.1 Ustawy, przez co **wspiera*/nie wspiera*** w sposób bezpośredni lub pośredni (zaznaczyć odpowiednie):
 - agresję Federacji Rosyjskiej na Ukrainę rozpoczętą w dniu 24 lutego 2022 r
 - lub
 - poważnego naruszenia praw człowieka lub represji wobec społeczeństwa obywatelskiego i opozycji demokratycznej lub których działalność stanowi inne poważne zagrożenie dla demokracji lub praworządności w Federacji Rosyjskiej lub na Białorusi.
- Jestem(-my)*/nie jestem(-my)*** bezpośrednio związani z ~~takimi~~ osobami lub podmiotami, o których mowa w pkt 1 lit. a) i b) w szczególności ze względu na powiązania o charakterze osobistym, organizacyjnym, gospodarczym lub finansowym, lub wobec których istnieje prawdopodobieństwo wykorzystania w tym celu dysponowanych przez nie takich środków finansowych, funduszy lub zasobów gospodarczych (zaznaczyć odpowiednie).

Zobowiązuję(my) się niezwłocznie poinformować Powiatowy Urząd Pracy w Ostrowcu Świętokrzyskim, o wystąpieniu przesłanek wykluczenia, o których mowa w pkt 1 i/lub pkt 2 tj. wpisaniu na listę, o której mowa w art. 2 ust. 1 Ustawy.

Oświadczam(my), że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Powiatowego Urzędu Pracy w Ostrowcu Świętokrzyskim w błąd przy przedstawieniu informacji.

.....
(miejscowość, dnia)

.....
(podpis osoby upoważnionej)

Wypełnia pracownik PUP:

W/w podmiot figuruje/ nie figuruje na liście sankcyjnej znajdującej się na stronie BIP MSWiA:
<https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami>

.....
(miejscowość, dnia)

.....
(podpis pracownika PUP)

.....
(oznaczenie pracodawcy).....
(miejsowość, data)

**Informacja przyszłego Pracodawcy o zamiarze powierzenia osobie
odpowiedniej pracy**

.....
(pełna nazwa pracodawcy).....
(adres pracodawcy)

Nr telefonu: Fax:.....

Adres e-mail:..... REGON:

NIP:..... EKD:.....

Rodzaj prowadzonej działalności:

Informację, iż zamierzam powierzyć odpowiednią pracę

Pani/u
(imię i nazwisko osoby uprawnionej).....
(adres zamieszkania, data urodzenia)

nie później niż w terminie 60 dni od daty ukończenia szkolenia

.....
(kierunek szkolenia)**na stanowisku**.....
(nazwa stanowiska)

celem powierzenia następujących obowiązków:

.....
.....

Deklaruję zatrudnić w/wym osobę bezrobotną na umowę o pracę przez nieprzerwany okres co najmniej trzech miesięcy w wymiarze co najmniej ½ etatu bądź umowy cywilnoprawnej przez nieprzerwany okres minimum trzy miesiące, gdzie wartość umowy lub łączna wartość umów jest równa lub wyższa od trzykrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę ustalonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, natomiast stawka za godzinę pracy nie może być niższa od minimalnej stawki godzinowej ustalonej na podstawie obowiązujących w tym zakresie przepisów. W przypadku umowy o dzieło wartość umowy musi być równa lub wyższa od trzykrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę ustalonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę.

Pracodawca informuje iż:

- liczba pracowników zatrudnionych (na umowę o pracę) na dzień wydania oświadczenia wynosi:..... osób.
- nie znajduje się w trudnej sytuacji ekonomicznej – czyli zagrożony,
- jest pracodawcą w stosunku do którego nie toczy się postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o jego likwidację.

.....
(czytelny podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej)

2. Zamierzam prowadzić działalność gospodarczą pod adresem:

.....

w lokalu:

który jest własnością

3. Czy kiedykolwiek prowadził(a) Pan(i) działalność gospodarczą?

TAK NIE

w okresie od..... do

w okresie od..... do.....

rodzaj prowadzonej działalności (opis – dotyczy podziału na: usługi, produkcję, z podaniem zakresu i rodzaju działalności, np. Usługi remontowo-budowlane, produkcja, handel obuwem itp.)

.....

.....

.....

4. Kroki podjęte w kierunku planowanej działalności:

a) uzyskane pozwolenia, zaświadczenia, zezwolenia, certyfikaty itp.

.....

.

.....

.

b) odbyte kursy, szkolenia

c) umowy przedwstępne, oświadczenia o współpracy z przyszłymi kontrahentami (usługobiorcami, usługodawcami, dostawcami, odbiorcami itp.:

.....

.....

e) inne

.....

.....

5. Czy kierunek szkolenia ma ścisły związek z deklarowaną działalnością?

TAK NIE

Jeżeli tak, prosimy uzasadnić dlaczego.

.....

.....

.....

.....

6. Czy Pan/Pani będzie się ubiegał/a o jednorazowe środki na podjęcie działalności gospodarczej z Powiatowego Urzędu Pracy? – wypełniają tylko osoby posiadające status osoby bezrobotnej.

TAK NIE

Jeżeli tak, to czy został złożony wniosek w Powiatowym Urzędzie Pracy o przyznanie z Funduszu Pracy jednorazowo środków na podjęcie działalności gospodarczej?

TAK NIE

7. Planowana data rozpoczęcia działalności gospodarczej (nie później niż w terminie 60 dni od daty ukończenia szkolenia).

.....

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

.....
.....
(oznaczenie pracodawcy)

.....
.....
(miejsowość, data)

Informacja obecnego Pracodawcy dotycząca utrzymania zatrudnienia dla pracownika lub osoby wykonującej inną pracę zarobkową w wieku 45 lat i powyżej

.....
.....
(pełna nazwa pracodawcy)

.....
.....
(adres pracodawcy)

Nr telefonu:..... NIP.....

Fax:..... REGON:.....

Adres e-mail:..... EKD:.....

Rodzaj prowadzonej działalności:.....

Liczba pracowników zatrudnionych (na umowę o pracę) na dzień wydania deklaracji wynosi: osób.

Informacje o osobie ubiegającej się o skierowanie na szkolenie wskazane przez osobę uprawnioną

1. Dane personalne pracownika
(imię i nazwisko, adres zamieszkania, data urodzenia)

2. Stanowisko na jakim zatrudniony jest pracownik

3. Pracownik zatrudniony jest na podstawie:

- umowy o pracę*
- umowy zlecenia*
- umowy o dzieło*
od dn. do dn. / na czas nieokreślony*

4. Zobowiązuję się do utrzymania zatrudnienia w/wym osoby na podstawie umowy o pracę przez okres

na stanowisku.....

w wymiarze.....

po ukończeniu szkolenia.....

.....
(nazwa szkolenia)

* - niepotrzebne skreślić

w przypadku zmian, doręczenia do Powiatowego Urzędu Pracy dokumentu potwierdzającego zatrudnienie pracownika na nowych zasadach.

5. Uzasadnienie potrzeby zmiany/podniesienia* kwalifikacji pracownika:

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

.....
(czytelny podpis pracodawcy)

* - niepotrzebne skreślić