



## POWIATOWY URZĄD PRACY w ŻAGANIU

ul. Dworcowa 9, 68-100 Żagań, tel. / fax: (+48)(68) 477-78-39 / 477-78-40 / 377-32-75  
dyrektor tel. kom. 695-605-808, z-ca dyrektora tel. kom. 695-605-809  
E-mail: pupzagan@pup.zagan.pl strona internetowa: [www.zagan.praca.gov.pl](http://www.zagan.praca.gov.pl)  
[www.bip.wrota.lubuskie.pl/pupzagan](http://www.bip.wrota.lubuskie.pl/pupzagan)



\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_

### Powiatowy Urząd Pracy w Żaganiu

## WNIOSEK OSOBY BEZROBOTNEJ O SKIEROWANIE NA WSKAZANE SZKOLENIE

### Podstawa prawna

- 1) art. 40 ust. 3 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
- 2) Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji oraz trybu i sposobów prowadzenia usług rynku pracy.

### I. DANE WNIOSKODAWCY

1. Imię i nazwisko \_\_\_\_\_
2. PESEL<sup>1</sup> \_\_\_\_\_
3. Adres zamieszkania \_\_\_\_\_
4. Telefon kontaktowy \_\_\_\_\_
5. Adres poczty elektronicznej \_\_\_\_\_
6. Wykształcenie \_\_\_\_\_
7. Zawód wyuczony \_\_\_\_\_
8. Zawód wykonywany \_\_\_\_\_
9. Posiadane uprawnienia, kwalifikacje, umiejętności  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### II. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKOWANEGO SZKOLENIA

#### 1. Nazwa szkolenia lub kwalifikacji / umiejętności

\_\_\_\_\_

#### 2. Przyczyna ubiegania się o skierowanie na w/w szkolenie (należy zaznaczyć właściwą odpowiedź)

- a) brak kwalifikacji zawodowych; jeżeli wnioskodawca nie posiada kwalifikacji do wykonywania jakiegokolwiek zawodu poświadczonego dyplomem, świadectwem lub innym dokumentem uprawniającym do wykonywania zawodu,
- \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> w przypadku cudzoziemca nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

b) konieczność zmiany lub uzupełnienia kwalifikacji; jakich \_\_\_\_\_

c) utrata zdolności do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie; dlaczego?

d) brak umiejętności aktywnego poszukiwania pracy;

e) inne (jakie?) \_\_\_\_\_

**3. Uzasadnienie celowości szkolenia** (uzasadnienie celowości szkolenia może nastąpić poprzez: Uzasadnienie własne dotyczące celowości skierowania na wskazane szkolenie lub złożenie oświadczenia o zamiarze podjęcia własnej działalności gospodarczej wraz z opisem przedsięwzięcia lub przedłożenie oświadczenia przyszłego pracodawcy o możliwości zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej).

**4. Wnioskuje / nie wnioskuje<sup>2</sup>** o skierowanie na badania stwierdzające moją zdolność do udziału w szkoleniu oraz pracy po ukończonym szkoleniu.

**5. Posiadam / nie posiadam<sup>2</sup>** aktualnych badań stwierdzających możliwość udziału w szkoleniu i podjęcia pracy na określonym stanowisku / z określonymi kwalifikacjami.

Badania \_\_\_\_\_ (należy wpisać jakie) są ważne do

**Do wniosku załączam<sup>3</sup>:**

- Oświadczenie pracodawcy stanowiące uprawdopodobnienie uzyskania zatrudnienia po zdaniu egzaminu /uzyskaniu licencji lub oświadczenie o zamiarze podjęcia działalności gospodarczej zgodnej z kierunkiem szkolenia,
- zaświadczenie zawierające informacje o nazwie, terminie, koszcie egzaminu szkolenia, nazwie i adresie instytucji organizującej szkolenie,
- oświadczenie osoby poszukującej pracy o uczestniczeniu / nie uczestniczeniu w szkoleniach organizowanych przez powiatowy urząd pracy.
- inne**

**Uwaga**

Załączniki są obowiązkowe. Brak załączników wydłuży okres rozpatrzenia wniosku, gdyż wnioskodawca zostanie wezwany do usunięcia braków. Nieusunięcie tych braków spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania

\_\_\_\_\_  
Podpis wnioskodawcy

<sup>2</sup> niewłaściwe skreślić

<sup>3</sup> Należy zakreślić właściwy kwadrat

## ADNOTACJE POWIATOWEGO URZĘDU PRACY

### 1. OPINIA DORADCY KLIENTA

#### Dane dotyczące wniosku

Numer wniosku \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Wniosek kompletny  tak  nie

Wezwano do uzupełnienia wniosku  tak  nie Termin na uzupełnienie wniosku \_\_\_\_\_

Wniosek uzupełniono  tak, w dniu \_\_\_\_\_,  nie

#### Dane dotyczące wnioskodawcy

Rejestracja  pierwsza  ponowna / Data rejestracji \_\_\_\_\_

Wsparcie zgodne z ustaleniami założonymi w Indywidualnym Planie Działania (IPD)  tak  nie

Zgodność wnioskowanego wsparcia z zasadami kierowania na szkolenia (tj. dane mające wpływ na skierowanie na szkolenie np. czy osoba korzystała z subsydiowanych form wsparcia, czy je ukończyła, czy odmawiała przyjęcia propozycji aktywizacji ze strony PUP itp), w tym potwierdzenie celowości skierowania na szkolenie

---

---

---

---

---

---

---

---

Szkolenie prowadzi do zdobycia kwalifikacji i/lub kompetencji w zawodzie wskazanym jako deficytowy w powiecie żagańskim/ województwie lubuskim<sup>4</sup>  tak  nie

Wnioskodawca posiada deklarację zatrudnienia  tak  nie

Wnioskowane wsparcie może zostać udzielone ze środków \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(data i podpis doradcy klienta)

### 2. INFORMACJA SPECJALISTY DS. PROGRAMÓW Z ZAKRESU KWALIFIKOWANIA SIĘ WNIOSKOWAWCY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE ORAZ KWALIFIKOWALNOŚCI WNIOSKOWANEGO SZKOLENIA W RAMACH PROGRAMÓW WSPÓŁFINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW EFS POWER

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
(data i podpis specjalisty ds. programów)

<sup>4</sup> w oparciu o dane wynikające z dokumentu „Barometr zawodów 2018. Raport podsumowujący badanie w województwie lubuskim

**3. INFORMACJA POŚREDNIKA PRACY O ZAPOTRZEBOWANIU NA LOKALNYM RYNKU PRACY NA PRACOWNIKÓW POSIADAJĄCYCH UPRAWNIENIA ZGODNE Z WNIOSKOWANYM SZKOLENIEM.**

---

---

---

\_\_\_\_\_  
(data i podpis pośrednika pracy)

**4. OPINIA DORADCY ZAWODOWEGO O POSIADANIU PREDYSPOZYCJI DO WYKONYWANIA ZAWODU (DOTYCZY ZAWODÓW WYMAGAJĄCYCH SZCZEGÓLNYCH PREDYSPOZYCJI PSYCHOFIZYCZNYCH) ORAZ INNYCH WYMAGANIACH NIEZBĘDNYCH DO PODJĘCIA PRACY PO UZYSKANIU SZKOLENIA**

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
(data i podpis doradcy zawodowego)

**5. OPINIA SPECJALISTY DS. ROZWOJU ZAWODOWEGO O KWALIFIKOWANIU SIĘ DO UDZIAŁU W SZKOLENIU, CELOWOŚCI SKIEROWANIA NA SZKOLENIE ORAZ O UCZESTNICZENIU/ NIEUCZESTNICZENIU PRZEZ WNIOSKODAWCĘ W SZKOLENIACH NA PODSTAWIE SKIEROWANIA Z PUP W OKRESIE OSTATNICH 3 LAT I EFEKTYWNOŚCI TYCH SZKOLEŃ , JEŚLI BYŁY REALIZOWANE**

---

---

---

---

Osoba w okresie ostatnich 3 lat uczestniczyła w szkoleniach organizowanych przez PUP  
 tak  nie \*Jeśli tak, to koszty szkoleń kandydata na szkolenie przekraczają /nie przekraczają\* dziesięciokrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę w okresie kolejnych 3 lat.

Przewidywany koszt szkolenia wynosi \_\_\_\_\_, w tym:

- kwota należna instytucji \_\_\_\_\_
- Koszt badań lekarskich lub psychologicznych<sup>5</sup> w wysokości \_\_\_\_\_
- Koszt przejazdu na szkolenie<sup>6</sup> w wysokości \_\_\_\_\_
- Koszt zakwaterowania w wysokości \_\_\_\_\_

Orientacyjna liczba godzin szkolenia : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(data i podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego)

<sup>5</sup> gdy badania są wymagane

<sup>6</sup> Kwota kosztów przejazdu na szkolenie wynosi do 70% ceny biletu miesięcznego

**5. INFORMACJA DZIAŁU FINANSOWO - KSIĘGOWEGO O POSIADANIU ŚRODKÓW NA SFINANSOWANIE KOSZTÓW SZKOLENIA**

- finansowanie ze środków \_\_\_\_\_  
 brak środków

\_\_\_\_\_  
(data i podpis pracownika PUP)

**6. DECYZJA DYREKTORA POWIATOWEGO URZĘDU PRACY**

Po rozpatrzeniu wniosku wyrażam/nie wyrażam zgody na skierowanie na wnioskowane szkolenie

Uwagi dot. rozpatrzenia wniosku

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(data i podpis Dyrektora PUP)

\_\_\_\_\_  
pieczęć Pracodawcy

## OŚWIADCZENIE PRACODAWCY

### I. DANE PRACODAWCY

1. Pełna nazwa pracodawcy

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Miejsce prowadzenia działalności

\_\_\_\_\_

3. Telefon \_\_\_\_\_

4. Adres e-mail \_\_\_\_\_

5. NIP \_\_\_\_\_

6. Osoba reprezentująca pracodawcę

\_\_\_\_\_

### II. UPRAWDOPODOBNIENIE ZATRUDNIENIA

Oświadczam, że deklaruję zatrudnienie Pana(i) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ w trakcie lub w terminie do 30 dni od ukończeniu szkolenia

lub uzyskania uprawnień<sup>7</sup> \_\_\_\_\_

na podstawie umowy o pracę na okres minimum 3 m-cy na stanowisku

\_\_\_\_\_

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. - Kodeks karny.

\_\_\_\_\_  
data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej  
do reprezentacji i składnia oświadczeń

\_\_\_\_\_  
<sup>7</sup> niepotrzebne skreślić oraz wpisać nazwę kierunku studiów podyplomowych,

**OŚWIADCZENIE OSOBY BEZROBOTNEJ O ROZPOCZĘCIU DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ  
PO UKOŃCZENIU SZKOLENIA**

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_

Oświadczam, że:

- 1) nie posiadam wpisu do ewidencji działalności gospodarczej,
- 2) zamierzam rozpocząć własną działalność gospodarczą w okresie do 14 dni od dnia ukończenia szkolenia lub uzyskania uprawnień w zakresie

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 3) udokumentuję rozpoczęcie działalności dostarczając do Urzędu Pracy wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej.

\_\_\_\_\_  
(data i podpis osoby składającej oświadczenie)

**OŚWIADCZENIE OSOBY BEZROBOTNEJ  
O UCZESTNICZENIU / NIE UCZESTNICZENIU W SZKOLENIACH ORGANIZOWANYCH  
PRZEZ POWIATOWY URZĄD PRACY**

**Oświadczam, że<sup>8</sup>:**

w okresie ostatnich 3 lat nie uczestniczyłem(am) w szkoleniu finansowanym ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania powiatowego urzędu pracy,

w okresie ostatnich trzech lat uczestniczyłem(am) w szkoleniu/szkoleniach finansowanym ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania Powiatowego Urzędu Pracy w

..... ,

Tematyka szkolenia / szkoleń

---

---

---

\_\_\_\_\_  
*podpis Wnioskodawcy*

\_\_\_\_\_  
<sup>8</sup> Należy zaznaczyć właściwy kwadrat



**INFORMACJA O SZKOLENIU WSKAZANYM PRZEZ OSOBĘ BEZROBOTNĄ\*<sup>9</sup>**

- 1) Nazwa szkolenia \_\_\_\_\_
- 2) Termin szkolenia (data rozpoczęcia i zakończenia szkolenia) \_\_\_\_\_
- 3) Częstotliwość zajęć \_\_\_\_\_
- 4) Nazwa instytucji szkoleniowej \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 5) Adres instytucji szkoleniowej \_\_\_\_\_
- 6) Kontakt do instytucji szkoleniowej (tel., e-mail) \_\_\_\_\_
- 7) Informacja o posiadaniu/nie posiadaniu\* wpisu do Rejestru Instytucji Szkoleniowych  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 8) Koszt szkolenia \_\_\_\_\_
- 9) Inne istotne informacje  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
podpis wnioskodawcy

\_\_\_\_\_  
<sup>9</sup> wypełnienie załącznika nie jest obligatoryjne