 Sucha Beskidzka, dnia………..……….

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Suchej Beskidzkiej**

**Wniosek o skierowanie na szkolenie**

Na podstawie art. 99 ust. 1 pkt. 1) i 2) ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz.U.2025.poz. 620) oraz rozporządzenia MPiPS z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie szczegółowych warunków oraz trybu i sposobów prowadzenia usług rynku pracy (Dz.U.2014.poz. 667) proszę o skierowanie i sfinansowanie kosztów szkolenia.

**Część A** wypełnia osoba składająca wniosek

**I. Informacje dotyczące wnioskodawcy**

1. Imię Nazwisko: …………………………………………………………………………..

 2. PESEL a w przypadku cudzoziemca nr dokumentu stwierdzającego tożsamość : ………………………………………………………………………………………………...

4. Telefon kontaktowy ..................................................................................................

5. Adres zamieszkania:.................................................................................................

**II. Informacje dotyczące wybranego szkolenia i proponowanej instytucji:**

1. Nazwa szkolenia:

………………………………………………………………………………………………

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

2.Nazwa i adres proponowanej instytucji szkoleniowej:………………………………….

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

1. Koszt szkolenia …………………………………………………………………………….
2. Planowany termin szkolenia:………………...……………………………………………
3. Uzasadnienie wyboru wskazanej instytucji szkoleniowej

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

…………………………………………………………………………………………………

1. Uzasadnienie celowości odbycia szkolenia:

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

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

Do wniosku dołączam (proszę zaznaczyć właściwe):

Oświadczenie pracodawcy o zamiarze zatrudnienia po ukończeniu szkolenia (zał. nr 1)

Oświadczenie o zamiarze podjęcia działalności gospodarczej wraz z biznes planem (zał. nr 2)

Inne, jakie? …………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

**III. Oświadczenie wnioskodawcy:**

Oświadczam, że:

1. Wszystkie dane i informacje zawarte w powyższym wniosku są zgodne z prawdą;
2. Poinformowano mnie, że wypełnienie wniosku nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem na szkolenie;
3. Przyjmuje do wiadomości, że decyzję o wyborze instytucji szkoleniowej, podejmuje ostatecznie Starosta zgodnie z art. 105 oraz 106 Ustawy\*\*.
4. **Uczestniczyłem/am / Nie uczestniczyłem/am\*** w okresie ostatnich trzech lat w szkoleniach, studiach podyplomowych i innych formach nabywania wiedzy, umiejętności lub kwalifikacji finansowanych ze środków publicznych na podstawie skierowania z Powiatowego Urzędu Pracy.

Jeśli tak proszę podać Nazwa i adres Urzędu Pracy, który wydał skierowanie oraz nazwę szkolenia:

1)……………………….……………………………………......................................

2)………………………………………………………………………………………

3)………………………………………………………………………………………

1. Łączne koszty należne instytucjom szkoleniowym, organizatorom studiów podyplomowych, instytucjom potwierdzającym nabycie wiedzy i umiejętności, instytucjom wydającym dokumenty potwierdzające nabycie wiedzy i umiejętności oraz pobierającym opłaty, o których mowa w art. 103 i art. 104 Ustawy\*\* **przekroczyły / nie przekroczyły\*** 450% przeciętnego wynagrodzenia w okresie ostatnich trzech lat.
2. **Posiadam/ nie posiadam\*** zawieszoną działalność gospodarczą.

 …………………………………………

 (podpis Wnioskodawcy)

**UWAGA:**

\*Niepotrzebne skreślić

\*\* Ustawa o rynku pracy i służbach zatrudnienia z dnia 20.03.2025r. (tj. Dz. U. z 2025r., poz. 620).

**Część B** **wypełnia Powiatowy Urząd Pracy**

1. **Opinia doradcy ds. zatrudnienia dotycząca celowości przeszkolenia osoby składającej wniosek:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………………

 (data i podpis doradcy ds. zatrudnienia)

1. **Opinia doradcy zawodowego dotycząca przeszkolenia osoby składającej wniosek:**

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

…………………………………………….

 (data i podpis doradcy zawodowego)

1. **Informacja specjalisty ds. rozwoju zawodowego:**
2. **Sposób organizacji szkolenia:**

1) na wniosek bezrobotnego (art. 100 Ustawy\*\*)

2) zamawiane przez starostę (art.101 Ustawy\*\*)

1. **Dane dotyczące osoby wnioskującej:**

Warunki z art. 69 Ustawy – Pierwszeństwo w skierowaniu do udziału w formach pomocy przysługuje:

bezrobotnym posiadającym Kartę Dużej Rodziny, o której mowa w art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2014r. o Karcie dużej Rodziny;

bezrobotnym powyżej 50 roku życia;

bezrobotnym bez kwalifikacji zawodowych;

bezrobotnym niepełnosprawnym;

długotrwale bezrobotnym;

bezrobotnym i poszukującym pracy, będącym osobami do 30 roku życia;

bezrobotnym samotnie wychowującym co najmniej jedno dziecko.

1. **Opinia specjalisty ds. rozwoju zawodowego**:
2. Osoba **spełnia /nie spełnia\*** określone ustawą warunki zakwalifikowania na szkolenie:
3. Warunki z art. 100 Ustawy\*\* (szkolenie wskazane) – uzasadnienie celowości szkolenia; koszt należny instytucji szkoleniowej w części finansowanej przez starostę nie przekracza 300% przeciętnego wynagrodzenia,
4. Warunki z art. 101 Ustawy \*\* (szkolenie zamawiane przez starostę)- przypadki uzasadnione potrzebami rynku pracy oraz w oparciu o diagnozę zapotrzebowania na zawody, umiejętności lub kwalifikacje na rynku pracy lub zgłoszenie pracodawcy lub przedsiębiorcy; koszt należny instytucji szkoleniowej dla jednego uczestnika do wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia
5. Warunek z art. 108 ust.1 Ustawy\*\* – koszty należne instytucjom w związku z kształceniem osoby bezrobotnej w okresie kolejnych 3 lat nie przekraczają 450% przeciętnego wynagrodzenia za pracę.
6. **Czy istnieje konieczność skierowania na specjalistyczne badania lekarskie? TAK/NIE**

………………………………………………………

 (data i podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego)

**DECYZJA DYREKTORA PUP:**

Akceptuję/ Nie akceptuję do realizacji\* ……………………………………………………………………

 (data i podpis Dyrektora PUP)

\* Niepotrzebne skreślić

\*\* Ustawa o rynku pracy i służbach zatrudnienia z dnia 20.03.2025r. (tj. Dz. U. z 2025r., poz. 620).