….…………………………….…………….……

 (imię i nazwisko wnioskodawcy )

PESEL ………………………………………….. Nr sprawy w PUP …………………………….

Starosta Gryfiński

Powiatowy Urząd Pracy w Gryfinie / Filia w Chojnie

## DEKLARACJA ZAINTERESOWANIA UDZIAŁEM W SZKOLENIU GRUPOWYM

W RAMACH **P**ROGRAMU **O**PERACYJNEGO **W**IEDZA **E**DUKACJA **R**OZWÓJ

 (składa osoba zainteresowana udziałem w szkoleniu)

1. *Osoba ubiegająca się o skierowanie na szkolenie musi spełniać jeden z warunków określonych w art. 40 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz.149) tj.:*
2. *nie posiada kwalifikacji zawodowych,*
3. *musi zmienić lub uzupełnić kwalifikacje zawodowe w związku z brakiem możliwości podjęcia zatrudnienia,*
4. *utraciła zdolność do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie,*
5. *nie posiada umiejętności aktywnego poszukiwania pracy.*
6. *Dodatkowo osoba ubiegająca się o skierowanie na szkolenie w ramach projektu musi spełniać łącznie poniższe warunki:*
7. *Kandydat nie ma ukończonego 30 roku życia, nie kształci się w systemie dziennym stacjonarnym i nie szkolił się ze środków publicznych w ostatnich 4 tygodniach przed złożeniem wniosku, przy czym osoby do 25 roku życia mogą zostać skierowane w ramach projektu na szkolenie wyłącznie w okresie do upływu 4 miesięcy od daty rejestracji w urzędzie pracy*
8. *został ustalony dla niej II profil pomocy (w uzasadnionych przypadkach I profil pomocy),*
9. *ma przygotowany Indywidualny Plan Działania, w którym ustalono potrzebę odbycia szkolenia,*
10. *skorzystała w okresie od ostatniej rejestracji z* ***poradnictwa zawodowego*** *(w tym informacji zawodowej).*
11. *Ponadto w roku 2016 obowiązują następujące kryteria pierwszeństwa dotyczące kierowania osób bezrobotnych na szkolenie grupowe – zaplanowane do realizacji przez Powiatowy Urząd Pracy:*

*W pierwszej kolejności na szkolenia grupowe będą kierowane osoby spełniające jedno z kryteriów poniżej (według kolejności ich wymienienia):*

1. *osoby bezrobotne posiadające orzeczenie o stopniu niepełnosprawności,*
2. *osoby bezrobotne, które uzyskają potwierdzenie możliwości zatrudnienia po ukończeniu szkolenia u potencjalnego pracodawcy, zawierające zobowiązanie pracodawcy do złożenia odpowiedniej oferty pracy i zatrudnienia osoby bezrobotnej, dla której wydał on potwierdzenie, w przypadku ukończenia przez tę osobę szkolenia z wynikiem pozytywnym (uzyskania uprawnień),*
3. *osoby bezrobotne zamierzające rozpocząć działalność gospodarczą,*
4. *osoby bezrobotne, które nie odmówiły bez uzasadnionej przyczyny przyjęcia propozycji odpowiedniego zatrudnienia, szkolenia, stażu lub podjęcia prac interwencyjnych,*
5. *osoby bezrobotne, która w okresie ostatnich 12 miesięcy nie korzystały ze szkoleń.*

**Pouczenie :**

1. **Wypełnienie deklaracji kandydata nie oznacza zakwalifikowania na szkolenie.**
2. W celu właściwego wypełnienia deklaracji, prosimy o staranne jego przeczytanie.
3. Deklarację należy wypełnić czytelnie odpowiadając na wszystkie zawarte w nim pytania.
4. Osoby zakwalifikowane do udziału w szkoleniu otrzymają skierowanie na szkolenie, osoby niezakwalifikowane na szkolenie uzyskają pisemną informację o przyczynie niezakwalifikowania w terminie do 14 dni od dnia rozpoczęcia szkolenia.

**INFORMACJA O KANDYDACIE NA SZKOLENIE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko |  |
| 2. | PESEL(w przypadku cudzoziemca nr dokumentu potwierdzającego tożsamość) |  |
| 5. | Adres korespondencyjny |  |
| 6. | Telefon kontaktowy |  |
| 7. | Adres e-mail |  |
| 8. | Poziom wykształcenia |  |
| 12. | Ukończone kursy, szkolenia, posiadane uprawnienia zawod. |  |
| **NAZWA SZKOLENIA,** **na które składana jest deklaracja** |  |

W przypadku zakwalifikowania na szkolenie, świadczenia (stypendium szkoleniowe oraz fakultatywnie refundacja kosztów dojazdu) proszę o przekazywanie przelewem na wskazane przeze mnie konto bankowe:

Nazwa Banku: ………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 *……………………………………………….……*

 *(czytelny podpis kandydata na szkolenie)*

**OŚWIADCZENIE O DOTYCHCZASOWYM UDZIALE W SZKOLENIACH**

**Oświadczam, że:** *(zaznaczyć właściwe)*

* Nie uczestniczyłem/-łam w szkoleniu finansowanym ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania z powiatowego urzędu pracy w okresie ostatnich 3 lat,
* Uczestniczyłem/-łam w szkoleniu finansowanym ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania z powiatowego urzędu pracy w okresie ostatnich 3 lat (nazwa Urzędu) …………………………………… koszt szkolenia wyniósł :……………………zł

Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby przez Powiatowy Urząd Pracy w Gryfinie, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych *(tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 z póżn. zm..),* dla celów związanych z ubieganiem się o skierowanie na szkolenie i jego realizacją.

 *……………………………………………..………*

 *(czytelny podpis kandydata na szkolenie*

**ADNOTACJE URZĘDU**

**Opinia doradcy klienta :** Bezrobotny zakwalifikowany do …....…. profilu pomocy

 Zadanie jest zgodne z IPD?⬜ TAK ⬜ NIE

Uzasadnienie potrzeby odbycia szkolenia: ……………………………………………………………………

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

Data: ……… 20…… r. …………..……………………………

*podpis doradcy klienta*