



.....
(imię i nazwisko wnioskodawcy)

PESEL

Nr sprawy w PUP

Starosta Gryfiński
Powiatowy Urząd Pracy w Gryfinie

WNIOSEK O SKIEROWANIE NA SZKOLENIE INDYWIDUALNE

w ramach Funduszu Pracy

-na podstawie art. 40 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
(t.j. Dz. U. z 2022r., poz. 690 późn. zm.)

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. 2023 poz.735 z późn. zm.):
 - 1) nie posiada kwalifikacji zawodowych,
 - 2) musi zmienić lub uzupełnić kwalifikacje zawodowe w związku z brakiem możliwości podjęcia zatrudnienia,
 - 3) utraciła zdolność do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie,
 - 4) nie posiada umiejętności aktywnego poszukiwania pracy.
2. Dodatkowo osoba ubiegająca się o skierowanie na szkolenie **musi spełniać łącznie** poniższe warunki:
 - 1) posiada sporządzony **Indywidualnego Planu Działania**, z którego będzie wynikała potrzeba realizacji danego szkolenia
 - 2) spełnia przesłanki ustawowe do uczestnictwa we wnioskowanym przez siebie szkoleniu,
 - 3) która uzyska pozytywny wynik badań lekarskich/psychologicznych - w przypadku ubiegania się o szkolenie w zawodzie, dla którego konieczne jest przeprowadzenie wymaganych przepisami prawa badań lekarskich i psychologicznych niezbędnych do wykonywania zawodu.
 - 4) w przypadku osób do 30 roku życia – uzyskała minimalny oczekiwany wynik w ramach obligatoryjnego badania kompetencji cyfrowych lub skorzystała ze szkolenia w zakresie kompetencji cyfrowych
3. Dodatkowo osoba ubiegająca się o skierowanie na wskazane przez siebie szkolenie musi **uprawdopodobnić podjęcie zatrudnienia** po zakończeniu szkolenia, w jednej z poniższych form:
 - 1) potwierdzi możliwość zatrudnienia po ukończeniu szkolenia u potencjalnego pracodawcy – **Załącznik nr 1** oraz **Załącznik nr 2**
 - 2) przedłoży oświadczenie o zamiarze podjęcia działalności gospodarczej zgodnie z zakresem wnioskowanego szkolenia wraz z opisem planowanej działalności - **Załącznik nr 1** oraz **Załącznik nr 3**
 - 3) ubiega się o realizację szkolenia zawodowego niepotwierdzonego zaświadczeniem od pracodawcy o możliwości zatrudnienia – dołącza kopie minimum 3 ofert pracy (wydruk z Internetu, wycinek z prasy), z okresu maks. do 3 miesięcy przed dniem złożenia wniosku oraz **Załącznik nr 1**
 - 4) ubiega się o realizację szkolenia w zawodzie/branży kluczowej dla rozwoju powiatu gryfińskiego/województwa zachodniopomorskiego - lub w zawodach deficytowych dla powiatu gryfińskiego /województwa zachodniopomorskiego - **Załącznik nr 1**
4. **Ponadto w roku 2024 obowiązują następujące kryteria pierwszeństwa kierowania osób bezrobotnych na szkolenie:**
 - 1) posiadanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności,
 - 2) potwierdzenie możliwości zatrudnienia po ukończeniu szkolenia u potencjalnego pracodawcy (zawierające zobowiązanie pracodawcy do złożenia odpowiedniej oferty pracy i zatrudnienia osoby bezrobotnej, w ramach umowy o pracę na okres min. 3 miesięcy z gwarancją minimalnego wynagrodzenia za pracę w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, i wymiar czasu pracy nie niższy niż ½ etatu,) dla której wydał on potwierdzenie w terminie 30 dni od zakończenia szkolenia, w przypadku ukończenia przez tę osobę szkolenia z wynikiem pozytywnym (uzyskania uprawnień)
5. **Pouczenie:**
 - 1) W celu właściwego wypełnienia Wniosku, prosimy o staranne jego przeczytanie.
 - 2) Wniosek należy wypełnić czytelnie odpowiadając na wszystkie zawarte w nim pytania.
 - 3) **Wypełnienie Wniosku nie oznacza pozytywnego rozpatrzenia prośby o zorganizowanie szkolenia.**
 - 4) O uwzględnieniu lub odmowie uwzględnienia wniosku Starosta powiadamia wnioskodawcę na piśmie w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku. W przypadku nieuwzględnienia wniosku Starosta podaje przyczynę odmowy.
 - 5) Od negatywnego rozpatrzenia wniosku nie przysługuje odwołanie.
 - 6) Osoba, której wniosek uzyska odpowiedź pozytywną otrzymają skierowanie na szkolenie.

INFORMACJA O WNIOSKODAWCY

Imię i nazwisko															
PESEL <small>(w przypadku cudzoziemca nr dokumentu potwierdzającego tożsamość)</small>	<table style="border: none; margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>														
Adres do korespondencji															
Adres zamieszkania <small>(kod pocztowy, miejscowość, ulica- jeżeli dotyczy, numer domu/mieszkania)</small>															
Adres do korespondencji <small>(jeżeli inny niż zamieszkania)</small>															
Telefon kontaktowy															
Adres e-mail															
Poziom wykształcenia															
Ukończone kursy, szkolenia, posiadane uprawnienia zawodowe															
Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE													
Posiadanie przeciwwskazań zdrowotnych do pracy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE													
<i>Jeśli TAK prosimy o wpisanie jakich:</i>															

INFORMACJA NA TEMAT SZKOLENIA

NAZWA WNIOSKOWANEGO SZKOLENIA			
Proponowany termin szkolenia			
Nazwa i adres proponowanej instytucji szkoleniowej <small>(wypełnić w przypadku, gdy wnioskodawca proponuje konkretny ośrodek szkoleniowy)</small>			

W przypadku zakwalifikowania mnie na szkolenie:

- a. wybieram, aby przez cały okres trwania szkolenia wypłacane mi było (zaznaczyć tylko jedno):
- stypendium szkoleniowe** (do wyboru dla osób z prawem do zasiłku lub bez prawa do zasiłku dla osób bezrobotnych)
- zasiłek** (do wyboru tylko w przypadku osób posiadających prawo do zasiłku)
- b. należne mi świadczenia (stypendium szkoleniowe) proszę o przekazywanie przelewem na wskazane przeze mnie konto

Nazwa Banku:

--	--	--	--	--	--	--	--

Data:20..... r.

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

OŚWIADCZENIE OSOBY BEZROBOTNEJ

Oświadczam, że:

Właściwie zakreślić:

- 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

Ponadto oświadczam, że:

1. Wszystkie dane i informacje zawarte w powyższym Wniosku są zgodne z prawdą.
2. Zapoznałem/am się z „Regulaminem realizacji szkoleń dla osób bezrobotnych i poszukujących pracy w ramach środków finansowych Funduszu Pracy” na 2024 i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na zasadach opisanych w niniejszym Regulaminie..
3. Przyjmuje do wiadomości, iż:
 - 1) po sprawdzeniu poprawności złożonych dokumentów, analizie wniosku oraz weryfikacji stanu środków finansowych przeznaczonych na szkolenia, Urząd Pracy poinformuje mnie pisemnie w ciągu 30 dni od złożenia prawidłowo wypełnionego, kompletnego wniosku o wyniku jego rozpatrzenia.
 - 2) utrata przeze mnie statusu osoby bezrobotnej przed lub w dniu rozpoczęcia szkolenia jest równoznaczne z brakiem możliwości sfinansowania jego kosztów przez Urząd Pracy.
 - 3) zgodnie z Ustawą z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy osoba, która **odmówi przyjęcia propozycji szkolenia, przerwie je bez uzasadnionej przyczyny bądź po skierowaniu nie podejmie 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 niepodjęcia po skierowaniu lub przerwania z własnej winy szkolenia było podjęcie zatrudnienia innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej.
 - 4) **w przypadku nie ukończenia szkolenia z własnej winy zobowiązuję się do zwrotu kosztów szkolenia z wyjątkiem sytuacji, gdy powodem nieukończenia szkolenia było podjęcie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej.**
 - 5) koszty szkolenia podlegają zwrotowi w przypadku, gdy skierowanie na szkolenie nastąpiło na podstawie nieprawdziwych oświadczeń lub sfałszowanych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd Urzędu Pracy przez osobę skierowaną na szkolenie (zgodnie z art. 76 ust. 2 pkt. 4 Ustawy). W sytuacji gdy Urząd Pracy poniósł koszty szkolenia, koszty egzaminu, koszty badań, a utrata statusu osoby bezrobotnej nastąpi z datą wcześniejszą niż data rozpoczęcia szkolenia, odbycia badań lub egzaminu zobowiązany/a jestem do zwrotu kosztów poniesionych przez Urząd Pracy.
 - 6) w przypadku podjęcia przeze mnie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej w trakcie trwania szkolenia, mam prawo do ukończenia tego szkolenia bez konieczności ponoszenia jego kosztów.
 - 7) w przypadku podjęcia zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej, obowiązany/-a jestem zawiadomić Urząd o tym fakcie. Bezrobotny/-a, który/-a nie poinformował/-a o powyższym, podlega karze grzywny. W tym celu w terminie 7 dni od dnia podjęcia pracy lub działalności gospodarczej należy zgłosić ten fakt w Urzędzie Pracy.
 - 8) w przypadku ubiegania się o skierowanie na szkolenie w związku z zamiarem podjęcia działalności gospodarczej finansowanej w ramach jednorazowych środków na rozpoczęcie działalności gospodarczej z PUP, szkolenie będzie podlegało **dofinansowaniu przez PUP do wysokości 60% należności dla jednostki szkoleniowej, nie więcej jednak niż 2 000,00 zł**. Pozostałe koszty szkolenia (ponad wartość dofinansowanie) zostaną opłacone przeze mnie.

Data:20..... r.

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

**UZASADNIENIE POTRZEBY REALIZACJI SZKOLENIA
W ZWIĄZKU Z ZAMIAREM PODJĘCIA ZATRUDNIENIA / samozatrudnienia**

1. Ubiegam się o skierowanie na szkolenie (nazwa szkolenia)

.....

celem uzyskania umiejętności/uprawnień/wiedzy z zakresu:

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

2. Ubiegam się o skierowanie na szkolenie ponieważ:

- nie posiadam kwalifikacji zawodowych** (*nie mam wykształcenia dającego zawód, nie posiadam żadnych dodatkowych kursów, szkoleń, uprawnień potwierdzających kwalifikacje zawodowe*)
- muszę zmienić kwalifikacje** (wnioskowane szkolenie nie jest związane z dotychczas posiadanymi przeze mnie kwalifikacjami) w związku z
-
- muszę uzupełnić kwalifikacje** (*wnioskowane szkolenie powiązane jest z posiadanymi przeze mnie kwalifikacjami*),
- utraciłam/em zdolność do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie.**

3. Możliwości zatrudnienia po ukończeniu szkolenia (opisać)

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

- Wnioskuje o realizację szkolenia w zawodzie/ branży kluczowej dla rozwoju powiatu gryfińskiego / województwa zachodniopomorskiego (zg. z załącznikiem nr 2 do Regulaminu):
- (wpisać odpowiedni zawód/branżę)

lub do uprawdopodobnienia celowości szkolenia załączam (*zaznaczyć obowiązkowo min. 1 pozycję*):

- Oświadczenia pracodawcy o zamiarze zatrudnienia po ukończeniu szkolenia **załącznik nr 2**
- Kopie minimum 3 ofert pracy (*wydruk z Internetu, wycinek z prasy*), z okresu maks. do 3 miesięcy przed dniem złożenia wniosku (*szkolenie musi być zgodne ze zdiagnozowanymi potrzebami lokalnego lub regionalnego rynku pracy i prowadzić do zdobycia kwalifikacji w zawodach oczekiwanych przez pracodawców*) dostępnych na lokalnym/regionalnym rynku pracy
- Oświadczenia o zamiarze podjęcia działalności gospodarczej po ukończeniu szkolenia **załącznik nr 3**

Data: r.

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

INFORMACJA PRACODAWCY O ZAMIARZE ZATRUDNIENIA OSOBY BEZROBOTNEJ PO UKOŃCZENIU SZKOLENIA

Nazwa pracodawcy

.....

Adres

REGON NIP

Osoba reprezentująca pracodawcę:

Telefon kontaktowy:

Oświadczam, że w okresie do 30 dni od daty ukończenia szkolenia z wynikiem pozytywnym (uzyskania uprawnień zgodnych z kierunkiem ukończonego szkolenia)

(nazwa i szczegółowy zakres szkolenia):

.....

.....

zatrudnię Panią/Pana (imię i nazwisko kandydata do pracy)

.....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

w ramach umowy o pracę na okres min. 3 miesięcy z gwarancją minimalnego wynagrodzenia za pracę w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, i wymiar czasu pracy nie niższy niż ½ etatu.

Oświadczam, że w/w osoba odbyła rozmowę kwalifikacyjną, podczas której ustalono, że spełnia wymogi zatrudnienia oraz oczekiwania pracodawcy na ww. stanowisku. Do zatrudnienia i podpisania umowy niezbędne jest odbycie, ww. szkolenia.

Informuję, że zostałem/-łam poinformowany/-a o czasie trwania szkolenia oraz o możliwości zmiany terminu zatrudnienia w przypadku zmiany terminu szkolenia.

Jestem podmiotem prawa handlowego wpisanym do KRS

Jestem jednostką sektora finansów publicznych

Jestem osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w „Oświadczeniu pracodawcy o zamiarze zatrudnienia osoby bezrobotnej po ukończeniu szkolenia” oraz oświadczam, iż zapoznałam/em się z klauzulą informacyjną w związku z przetwarzaniem danych osobowych pracodawców/ przedsiębiorców będących osobą fizyczną, przedstawicieli realizatora kształcenia

** Zaznaczyć właściwe*

.....

Data

.....

(pieczęć firmy i czytelny podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu pracodawcy)

Klauzula informacyjna w związku z przetwarzaniem danych osobowych pracodawców

Zgodnie z art. 13 ust 1-2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016, str. 1) - dalej RODO - Powiatowy Urząd Pracy w Gryfinie informuje, że:

- 1) Administratorem Twoich danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Gryfinie reprezentowany przez Dyrektora PUP z siedzibą w Gryfinie:
 - adres: ul. Sprzymierzonych 1, 74-100 Gryfino
 - numer telefonu: 91 416 45 15, 91 416 38 03, 91 404 54 17, 91 404 54 19
 - adres email: szgy@praca.gov.pl
- 2) Został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych Osobowych, z którym możesz skontaktować się w sprawach ochrony danych osobowych pod adresem e-mail iod@pupgryfino.com.pl, pisemnie na adres naszej siedziby wskazany w pkt 2.
- 3) Celem przetwarzania przez Administratora Twoich danych osobowych zawartych w oświadczeniu pracodawcy o zamiarze zatrudnienia osoby po ukończeniu szkolenia, jest realizacji zadania publicznego „inicjowanie, organizowanie i finansowanie szkoleń i przygotowania zawodowego dorosłych” ujętego w:
 - a) *Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* (t.j: Dz. U. z 2023r., poz. 735 z późn. zm.)
 - b) *Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji oraz trybu i sposobów prowadzenia usług rynku pracy* (Dz.U. z 2014 r. poz. 667)
- 4) Twoje dane osobowe będą przetwarzane na podstawie wyrażonej przez Panią/Pana zgody - art.6 ust.1 lit. a) RODO.
- 5) Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do realizacji wyżej określonego celu.
- 6) Odbiorcami Twoich danych osobowych mogą być podmioty upoważnione na podstawie przepisów prawa, współpracujące z Administratorem, a także podmioty, z którymi zawarto umowy powierzenia, w tym realizujące badania ewaluacyjne, kontrole i audyty a także świadczące usługi pocztowe, w tym obsługę poczty elektronicznej.
- 7) Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wsparcia, jego rozliczenia i archiwizacji zgodnie z przepisami prawa o archiwizacji dokumentów na podstawie rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych, tj. przez okres nie krótszy niż 5.
- 8) W odniesieniu do Twoich danych osobowych decyzje nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
- 9) Twoje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego.
- 10) Masz prawo do:
 - a) dostępu do treści swoich danych osobowych na podstawie art. 15 RODO
 - b) poprawienia i sprostowania swoich danych osobowych na podstawie art. 16 RODO
 - c) usunięcia danych na podstawie art.17 RODO (nie dotyczy sytuacji, gdy przetwarzanie danych jest niezbędne do wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa);
 - d) żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych na podstawie art.18 RODO, z zastrzeżeniem przypadków, o których mowa w art. 18 ust. 2 RODO¹;
 - e) przenoszenia danych na podstawie art.20 RODO;
 - f) prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych, na podstawie art. 21 RODO
 - g) cofnięcia zgody w dowolnym momencie (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody). Cofnięcie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania danych, którego dokonano przed jej cofnięciem.
 - h) wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego do przetwarzania danych osobowych - UODO (Urząd Ochrony Danych Osobowych: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy RODO.

.....
Data

.....
podpis przedsiębiorcy

¹ **Wyjaśnienie:** prawo do ograniczenia przetwarzania nie ma zastosowania w odniesieniu do przechowywania, w celu zapewnienia korzystania ze środków ochrony prawnej lub w celu ochrony praw innej osoby fizycznej lub prawnej, lub z uwagi na ważne względy interesu publicznego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego

OŚWIADCZENIE O ZAMIARZE PODJĘCIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PO UKOŃCZENIU SZKOLENIA

Świadomy odpowiedzialności za składanie fałszywych zeznań oświadczam co następuje:

Po zakończeniu szkolenia:
z wynikiem pozytywnym i uzyskaniu kwalifikacji, w przeciągu 30 dni zamierzam podjąć działalność gospodarczą zgodną z zakresem ukończonego szkolenia.

OPIS PLANOWANEJ DZIAŁALNOŚCI

1. Rodzaj planowanej działalności gospodarczej, w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej /proszę wskazać właściwy symbol i nazwę podklasy rodzaju działalności określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności/:

PKD:

2. Opis planowanej działalności gospodarczej:

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

3. Dane dotyczące produktów lub usług (dokładne określenie produktu – usługi):

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

4. Działania podjęte na rzecz uruchomienia działalności:

a. Miejsce wykonywania planowanej działalności gospodarczej /* **zaznaczyć właściwe**

u klienta na terenie

w lokalu - adres lokalu:.....

- tytuł prawny do dysponowania lokalem/miejscem (*własność, najem, użyczenie*)

.....

b. Miejsce zarejestrowania planowanej działalności gospodarczej – **wypełnić wyłącznie w przypadku, jeżeli miejsce zarejestrowania działalności jest różne od miejsca, w którym działalność będzie wykonywana:**

- adres lokalu:.....

- tytuł prawny do dysponowania lokalem/miejscem (*własność, najem, użyczenie*)

.....

c. Opis stanu lokalu/siedziby wraz z informacją, czy lokal i jego otoczenie wymaga adaptacji, remontu i innych dodatkowych prac itp.:

.....
.....

.....

d. Czy lokal/siedziba wymaga przystosowania celem prowadzenia przedmiotowej działalności /Sanepid/:

e. Środki własne /przewidziane do wykorzystania w planowanej działalności/:

- posiadane pojazdy, maszyny, urządzenia i narzędzia /należy wymienić

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

- środki pieniężne planowane do wydatkowania na uruchomienie działalności /należy podać ich wartość/ - kwotę tą należy uwzględnić w wydatkach określonych w załączniku nr 1 do niniejszego wniosku:.....

.....
.....

**WYKAZANIE POWIĄZANIA WNIOSKOWANEGO SZKOLENIA
Z PLANOWANĄ DZIAŁALNOŚCIĄ GOSPODARCZĄ**

Wnioskowane szkolenie umożliwi mi uzyskanie umiejętności/uprawnień/wiedzy z zakresu:

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

Jednocześnie oświadczam, iż:

nie będę

będę²

ubiegać się o środki na rozpoczęcie działalności gospodarczej z urzędu pracy.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

* *niepotrzebne skreślić*

² W przypadku ubiegania się o skierowanie na szkolenie w związku z zamiarem podjęcia działalności gospodarczej finansowanej w ramach jednorazowych środków na rozpoczęcie działalności gospodarczej z PUP, szkolenie będzie podlegało **dofinansowaniu do wysokości 60% należności dla jednostki szkoleniowej, nie więcej jednak niż 2 000,00 zł.**

ADNOTACJA URZEDOWA

Opinia doradcy klienta :

1. Zadanie jest zgodne z IPD? TAK NIE

2. Uzasadnienie potrzeby odbycia szkolenia:

- nie posiada kwalifikacji zawodowych,
- musi zmienić lub uzupełnić kwalifikacje zawodowe w związku z brakiem możliwości podjęcia zatrudnienia,
- utraciła zdolność do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie.

.....

.....

.....

.....

.....

3. Odpowiedź na potrzeby rynku pracy:

- Szkolenie w zawodzie zidentyfikowanym jako deficytowy w powiecie gryfińskim lub w województwie zachodniopomorskim na podstawie opracowania „Barometr zawodów” najbardziej aktualnego na dzień składania wniosku.

Nazwa zawodu: *(wpisać odpowiedni)*

- Szkolenie realizowane w branżach kluczowych dla rynku pracy lub w zawodach priorytetowych na lokalnym rynku pracy *(zidentyfikowanych w załączniku nr 2 do Regulaminu)*

Nazwa branży/zawodu *(wpisać odpowiedni)*

- Szkolenie realizowane jest na podstawie zapotrzebowania pracodawcy (promesa zatrudnieniowa dołączona do wniosku) na lokalnym (powiatowym) lub regionalnym (zachodniopomorskie) rynku pracy
- Szkolenie realizowane jest na podstawie przedstawionych ofert pracy *(min. 3 oferty ogłoszone w przeciagu max. 3 miesięcy przed dniem złożenia wniosku)* dostępnych na lokalnym/regionalnym rynku pracy

4. Dotyczy wyłącznie osób do 30 roku życia:

5. **Osoba została przebadana w zakresie kompetencji cyfrowych i uzyskała minimalny oczekiwany ich poziom lub zadeklarowała odbycie szkolenia z tego zakresu?**

- TAK** - posiada wymagany poziom kompetencji cyfrowych
- TAK** - nie posiada odpowiednich kompetencji cyfrowych, ale zadeklarowała gotowość uczestnictwa w szkoleniu z tego zakresu przed przyznaniem do szkolenia indywidualnego
- NIE** - nie posiada odpowiednich kompetencji cyfrowych i nie zgada się na skierowanie na szkolenie z tego zakresu

Data: r.

.....
podpis doradcy klienta