



Fundusze
Europejskie
Program Regionalny

lubelskie
Smakuj życie!

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 23
do Standardów i warunków prowadzenia
usług rynku pracy w PUP w Świdniku

Wniosek o skierowanie na szkolenie indywidualne

I. Imię i nazwisko Wnioskodawcy, numer PESEL, w przypadku cudzoziemca numer dokumentu stwierdzającego tożsamość:

.....

II. Adres zamieszkania, nr telefonu, adres e-mail:

.....

III. Wykształcenie, zawód wyuczony, zawód najdłużej wykonywany, dodatkowe uprawnienia, umiejętności:

.....
.....

IV. Dotychczasowe uczestnictwo w szkoleniach organizowanych przez PUP:

.....

V. Nazwa szkolenia wskazanego przez Wnioskodawcę:

.....

VI. Oczekiwania w zakresie umiejętności i kwalifikacji zawodowych w związku z wnioskowanym szkoleniem:

.....
.....

VII. Uzasadnienie celowości w/w szkolenia:

.....
.....

Czy posiada Pan(i) propozycje pracy lub innej pracy zarobkowej, pod warunkiem ukończenia wskazanego szkolenia? TAK – NIE*

Jeżeli tak, to proszę wskazać nazwę pracodawcy:

.....

Czy planuje Pan(i) podjąć działalność gospodarczą po ukończeniu wskazanego szkolenia? TAK – NIE*

Jeżeli tak, to proszę przedstawić działania podjęte w celu uruchomienia działalności gospodarczej:

.....

VIII. Oświadczenia osoby ubiegającej się o skierowanie na szkolenie:

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

PUP w, wydał mi skierowanie na szkolenie.

Oświadczam, iż zapoznałem(łam) się z *Regulaminem organizacji szkoleń w Powiatowym Urzędzie Pracy w Świdniku*.

Świdnik, dn.

.....

podpis Wnioskodawcy



I. OPINIA DORADCY KLIENTA (w kontekście ustalonego profilu pomocy oraz indywidualnego planu działania):

1. Ustalony profil pomocy: I / II / III*;
2. Forma pomocy zaplanowana w IPD: TAK – NIE*

Opiniuję : pozytywnie / negatywnie*

.....
Data i podpis doradcy klienta

II. OPINIA DORADCY ZAWODOWEGO O PREDYSPOZYCJACH ZAWODOWYCH

Konieczność skierowania na specjalistyczne badania lekarskie / psychologiczne*: TAK – NIE*

Osoba zdolna / niezdolna* do wykonywania pracy na wskazanym w skierowaniu stanowisku

Opiniuję : pozytywnie / negatywnie*

Data i podpis doradcy zawodowego

I. OPINIA SPECJALISTY DS. ROZWOJU ZAWODOWEGO DOTYCZĄCA ZASADNOŚCI UDZIAŁU WE WNIOSKOWANEJ FORMIE WSPARCIA:

Szkolenie: celowe / niecelowe*

Szkolenie: zasadne /niezasadne*

Opiniuję : *pozytywnie / negatywnie**

Data i podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego

II. DECYZJA PUP W ŚWIDNIKU DOTYCZĄCA SPOSOBU ROZPATRZENIA WNIOSKU:

Rozpatrzono: Zatwierdzam / nie zatwierdzam*
 pozytywnie / negatywnie / pozostawiono bez rozpoznania*

Podpis Kierownika Działu URP

Podpis Dyrektora PUP w Świdniku

*niepotrzebne skreślić