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

Wniosek o przyznanie osobie bezrobotnej do 30 roku życia bonu szkoleniowego

……..

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

……..

Adres zamieszkania, nr telefonu

……..

……..

Wykształcenie, zawód wyuczony, ukończone szkolenia zawodowe

……..

……..

……..

Nazwa szkolenia (szkoleń) w ramach bonu szkoleniowego

I. UZASADNIENIE CELOWOŚCI PRZYZNANIA BONU SZKOLENIOWEGO:

1. Czy posiada Pan(i) możliwość podjęcia zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej, pod warunkiem ukończenia wskazanego szkolenia ? TAK – NIE*
   Jeżeli tak, to proszę wskazać nazwę pracodawcy:

   ……..

   ……..

2. Czy zamierza Pan(i) podjąć działalność gospodarczą po ukończeniu wskazanego szkolenia?
   TAK – NIE*
   Jeżeli tak, to proszę przedstawić działania podjęte w celu uruchomienia działalności gospodarczej:

   ……..

   ……..

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

Świdnik, dn. ..... …….....

podpis Wnioskodawcy

II. 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*
3. Konieczność skierowania na specjalistyczne badania lekarskie / psychologiczne*: TAK – NIE*
4. Uwagi dotyczące celowości szkolenia:

……..

……..

Opiniuję : *pozytywnie / negatywnie**

.....
data i podpis doradcy klienta

III. 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

IV. OPINIA SPECJALISTY DS. ROZWOJU ZAWODOWEGO DOTYCZĄCA CELOWOŚCI SZKOLENIA*:*

……..

……..

……..

……..

Szkolenie: *celowe / niecelowe**
Opiniuję : *pozytywnie / negatywnie**

.....
data i podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego

V. DECYZJA PUP W ŚWIDNIKU DOTYCZĄCA SPOSOBU ROZPATRZENIA WNIOSKU:

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

…… ……
Podpis Kierownika Działu Podpis Dyrektora PUP w Świdniku

VI. POTWIERDZENIE ODBIORU BONU SZKOLENIOWEGO

W dniu …… Pan(i) potwierdza otrzymanie bonu szkoleniowego o numerze ewidencyjnym ……. ważnego do dnia ……

…… ……
Podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego Podpis klienta

*niepotrzebne skreślić