

UWAGA! Wypełnienie wniosku nie oznacza zakwalifikowania na szkolenie.

....., dnia

Powiatowy Urząd Pracy w Sochaczewie

ul. Kusocińskiego 11

96-500 Sochaczew

WNIOSEK
osoby uprawnionej o skierowanie na szkolenie

Podstawa prawna: ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t. j. Dz. U. z 2024r. poz. 475), Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji oraz trybu i sposobów prowadzenia usług rynku pracy (Dz. U. z 2014r. poz. 667).

Nazwa szkolenia.....

.....

1. Nazwisko i imię.....

2. PESEL.....data urodzenia.....

3.Seria i numer dowodu osobistego, w przypadku cudzoziemca dokumentu stwierdzającego tożsamość.....

4.Adres zamieszkania.....

Nr telefonu.....

5. Wykształcenie:

☐ podstawowe i gimnazjalne

☐ średnie zawodowe

☐ zasadnicze zawodowe

☐ policealne

☐ średnie ogólne

☐ wyższe

6. Zawód wyuczony:.....

- wykonywany ostatnio.....

- wykonywany najdłużej.....

.....

.....

9. Czy korzystał(a) Pan/Pani w ciągu ostatnich 3 lat ze szkoleń finansowanych ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania z Powiatowego Urzędu Pracy?

10. Uzasadnienie celowości szkolenia:

[illegible]

2

RODO) informujemy, że Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Sochaczewie reprezentowany przez Dyrektora. Administrator przetwarza Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w związku z ustawą z dnia 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. Szczegółowe informacje na temat zasad przetwarzania danych przez Administratora w tym opis praw przysługujących Państwu w związku z przetwarzaniem danych, jest dostępny na stronie internetowej Urzędu Pracy w zakładce „Ochrona danych osobowych” oraz w siedzibie Urzędu.

.....
(podpis osoby bezrobotnej)

.....
/ pieczęć pracodawcy /

..... dn.....
/miejscowość/

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O ZAMIARZE ZATRUDNIENIA
OSOBY UPRAWNIONEJ PO ZAKOŃCZENIU SZKOLENIA**

Pełna nazwa pracodawcy.....
.....

Pełny adres pracodawcy

telefon.....NIP.....

REGON.....PKD.....

Zobowiązuję się do zatrudnienia w ciągu 30 dni po zakończeniu szkolenia lub zdaniu egzaminu

Pani/Pana.....

zam.....

na stanowisku:po ukończeniu szkolenia:

.....

na podstawie:

- ☐ *umowy o pracę – na okres co najmniej 3 pełnych miesięcy; za wynagrodzeniem miesięcznym nie mniejszym niż minimalne obowiązujące w danym roku;
- ☐ *umowy zlecenie – na minimum 3 pełne miesiące i wartość umowy nie będzie mniejsza niż trzykrotność minimalnego wynagrodzenia;

* właściwe zaznaczyć

Oświadczam, że osoba odbyła rozmowę kwalifikacyjną, podczas której ustalono, że spełnia wymogi zatrudnienia na w/w stanowisku.

.....
/ imienna pieczęć i czytelny podpis pracodawcy /

Powiatowy Urząd Pracy w Sochaczewie zastrzega sobie prawo do kontaktu z Pracodawcą na etapie realizacji szkolenia oraz monitorowania zatrudnienia po ukończonym szkoleniu.

Nie wywiązanie się przez Pracodawcę ze złożonego zobowiązania jest brane pod uwagę w przypadku chęci skorzystania z usług i instrumentów rynku pracy w Powiatowym Urzędzie Pracy, jak również podczas kolejnych składanych deklaracji innym uczestnikom.

**OŚWIADCZENIE O ZAMIARZE PODJĘCIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ
PO UKOŃCZENIU SZKOLENIA**

1. Oświadczam, że po ukończeniu

szkolenia

.....
podejmę działalność gospodarczą, w zakresie objętym kierunkiem szkolenia w terminie
do 2 miesięcy od daty zakończenia szkolenia.

2. Krótki opis miejsca i rodzaju planowanej działalności gospodarczej:

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

3. Planowany termin rozpoczęcia działalności gospodarczej:

.....
/data i podpis osoby składającej oświadczenie/

INFORMACJA O SZKOLENIU WSKAZANYM PRZEZ OSOBĘ UPRAWNIONĄ

Nazwa szkolenia

.....

Termin szkolenia

Nazwa i adres proponowanej instytucji szkoleniowej (posiadającej wpis do Rejestru Instytucji Szkoleniowych na 2024 rok prowadzony przez Wojewódzki Urząd Pracy):

.....

.....

Informacja o posiadaniu/ nieposiadaniu* certyfikatu jakości usług

.....

Rodzaj dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia i uzyskanie kwalifikacji

.....

.....

Koszt szkolenia

.....

(podpis wnioskodawcy)

* niepotrzebne skreślić