

UWAGA! Wypełnienie wniosku nie oznacza zakwalifikowania na szkolenie

....., dnia

**Powiatowy Urząd Pracy
ul. Kusocińskiego 11
96-500 Sochaczew**

***WNIOSEK O SKIEROWANIE NA SZKOLENIE
WSKAZANE PRZEZ OSOBĘ UPRAWNIONĄ***

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

średnie ogólne

gimnazjalne

policealne i średnie zawodowe

zasadnicze zawodowe

wyższe

6. Zawód wyuczony:.....

- wykonywany ostatnio.....

- wykonywany najdłużej.....

7. Przebieg pracy zawodowej (trzy ostatnie miejsca pracy, zajmowane stanowiska ,wykonywane zadania)

.....

.....

.....

.....

.....
(pieczęć pracodawcy)

.....
(miejsowość, data)

**Powiatowy Urząd Pracy
w Sochaczewie**

DEKLARACJA PRACODAWCY

Nazwa pracodawcy.....
.....

Adres.....

Numer telefonu..... NIP.....

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

zobowiązuje się do zatrudnienia Pana/i.....

zamieszkałego/łej.....

w charakterze.....

(nazwa stanowiska pracy)

po ukończeniu szkolenia.....

(nazwa szkolenia)

.....
na okres od do na podstawie **umowy o pracę**,
w ramach własnych środków.

.....
(podpis i pieczęć imienna osoby uprawnionej
do reprezentowania pracodawcy)

.....
/ miejscowość, data /

**Powiatowy Urząd Pracy
w Sochaczewie**

**OŚWIADCZENIE
O ZAMIARZE PODJĘCIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ**

Ja (imię i nazwisko).....

urodzony/a dnia..... w

zamieszkały/a.....

legitymujący/a/ się dowodem osobistym numer.....

numer PESEL.....

nr tel., e-mail

oświadczam, że po ukończeniu szkolenia :

.....
(nazwa szkolenia)

zobowiązuję się rozpocząć własną działalność gospodarczą w terminie do 30 dni od zakończenia szkolenia, w zakresie objętym programem szkolenia.

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)

Uwaga! Informacja stanowi załącznik do wniosku o skierowanie na szkolenie wskazane przez osobę zarejestrowaną.

INFORMACJA O SZKOLENIU WSKAZANYM PRZEZ OSOBĘ ZAREJESTROWANĄ

Nazwa szkolenia

Termin szkolenia

Nazwa i adres wskazanej instytucji szkoleniowej

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

Informacja o posiadaniu/ nieposiadaniu* certyfikatu jakości usług

.....
.....

Rodzaj dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia i uzyskanie kwalifikacji

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

Koszt szkolenia

.....
(podpis wnioskodawcy)

* niepotrzebne skreślić