|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LogoUP | **POWIATOWY URZĄD PRACY W ZĄBKOWICACH ŚLĄSKICH**  ul. Powstańców Warszawy 7  57-200 Ząbkowice Śląskie  tel. (74) 8 166 724, fax (74) 8 166 720  email: wrza@praca.gov.pl | logo caz |

………….………………….………, dn. ………………… roku

(miejscowość)

Nr ewidencyjny wniosku …………………….

**Wniosek**

**o skierowanie na szkolenie wskazane przez osobę bezrobotną/poszukującą pracy**

**Cz. I. Dane kandydata**

1. Imię ……………………………..….. Nazwisko ……………………..………..…………………………………...

PESEL (w przypadku cudzoziemca numer dokumentu stwierdzającego tożsamość): …………..……………………..

Adres zamieszkania……………………………...……………………………………………………………………….

Adres do doręczeń ………………………………………………………………........................................................

Nr telefonu …………..…………………. adres elektroniczny …………………………………………………………

1. **Nazwa szkolenia.**………………………………………………………………………………………………………... ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………

3. **Uzasadnienie celowości skierowania na wskazane szkolenie:** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Cz. II. Informacje do wniosku (wypełnienie nie jest obowiązkowe)**

1. Nazwa instytucji szkoleniowej: ………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres instytucji szkoleniowej: ………………..………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………NIP: …………………………………………………

1. Termin szkolenia: …………………………………………………………………………………………………………
2. Sposób organizacji szkolenia: stacjonarnie za pomocą środków komunikacji elektronicznej

hybrydowo

1. Koszt szkolenia …………………………………………………………………………………………………………………
2. Nr rachunku płatniczego instytucji szkoleniowej: ………………………………………………………………………………………………………
3. Inne istotne informacje o wskazanym szkoleniu: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Cz. III. Oświadczam, że:**

1. W okresie ostatnich trzech lat:

nie uczestniczyłem/am, uczestniczyłem/am[[1]](#footnote-1),

w szkoleniu/ach, studiach podyplomowych lub egzaminach finansowanych przez powiatowy urząd pracy

w przypadku uczestnictwa:

Nazwa i adres urzędu pracy, który wydał skierowane …………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………………………………

**Cz. IV. Pouczenie:**

1. Starosta na wniosek bezrobotnego lub poszukującego pracy, może sfinansować wybrane przez niego szkolenie, jeżeli bezrobotny lub poszukujący pracy uzasadni celowość tego szkolenia, a koszty należne instytucji szkoleniowej w części finansowanej przez starostę nie przekroczy 300% przeciętnego wynagrodzenia.
2. Łączne koszty należne:

-instytucjom szkoleniowym,

-organizatorom studiów podyplomowych,

-instytucjom potwierdzającym nabycie wiedzy i umiejętności,

-instytucjom pobierającym opłaty za postępowanie nostryfikacyjne albo postępowanie w sprawie potwierdzania ukończenie studiów na określonym poziomie,

-instytucjom pobierającym opłaty za przeprowadzenie postępowania i wydanie decyzji w sprawie uznania kwalifikacji zawodowych do wykonywania zawodu regulowanego albo do podejmowania lub wykonywania działalności regulowanej,nie mogą przekroczyć 450% przeciętnego wynagrodzenia na jedną osobę w okresie kolejnych 3 lat.

1. Zgodnie z art. 109 ust. 1 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (tekst jednolity Dz.U. z 2025 r., poz. 620) osoba, która z własnej winy nie podjęła lub nie ukończyła szkolenia, zwraca sfinansowane z Funduszu Pracy koszty należne instytucji szkoleniowej oraz koszty badań lekarskich lub psychologicznych, ubezpieczenia NNW, przejazdu i zakwaterowania, o ile zostały poniesione. Zwrot kosztów nie stosuje się w przypadku, gdy przyczyną niezrealizowania działań, było podjęcie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub prowadzenie działalności gospodarczej, **trwające co najmniej miesiąc.**
2. Powyższe oświadczenia składam świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 270 § 1 i art. 286 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks karny (tekst jednolity Dz.U. z 2024r. poz. 17 z późniejszymi zmianami), który stanowi:

-art. 270 § 1 „Kto, w celu użycia za autentyczny, podrabia lub przerabia dokument lub takiego dokumentu jako autentycznego używa, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.”

-art. 286 § 1 „Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, doprowadza inną osobę do niekorzystnego rozporządzenia własnym lub cudzym mieniem za pomocą wprowadzenia jej w błąd albo wyzyskania błędu lub niezdolności do należytego pojmowania przedsiębranego działania, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

|  |
| --- |
| Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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. U. UE. L. 119.1 z 04.05.2016) informuję, iż: |
| *Administratorem danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy z siedzibą w Ząbkowicach Śląskich (57-200) przy ulicy Powstańców Warszawy 7. Z administratorem można skontaktować się mailowo:* [*wrza@praca.gov.pl*](mailto:wrza@praca.gov.pl) *lub pisemnie na adres siedziby administratora. Dyrektor wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować poprzez e-mail:* [*iod@zabkowice-powiat.pl*](mailto:iod@zabkowice-powiat.pl)*.*  *Dane przetwarzane są dla celów związanych z rozpatrzeniem wniosku o skierowanie na szkolenie wskazane przez osobę uprawnioną, na podstawie ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (tekst jednolity Dz.U. z 2025 r., poz. 620) Dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych, którymi mogą być podmioty upoważnione na podstawie odpowiednich przepisów prawa. Szczegółowe informacje związane z przetwarzaniem danych osobowych zamieszczone zostały w klauzuli informacyjnej wywieszonej na tablicy ogłoszeń lub na stronie internetowej:* [*www.zabkowiceslaskie.praca.gov.pl*](http://www.zabkowiceslaskie.praca.gov.pl) *w zakładce „Ochrona danych osobowych”.* |

W załączeniu przedkładam:

deklarację pracodawcy o zamiarze zatrudnienia osoby uprawnionej po ukończeniu szkolenia,

oświadczenie dotyczące przyszłej działalności gospodarczej.

…………………………………. ……………………………………….

(data) (podpis wnioskodawcy)

**Cz. V. Wypełniają pracownicy Powiatowego Urzędu Pracy w Ząbkowicach Śląskich**

1. **Opinia doradcy zawodowego o predyspozycjach zawodowych i preferowanym kierunku szkolenia:**

**Pozytywna/negatywna\***

uzasadnienie:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………….

(data, podpis doradcy zawodowego)

1. **Opinia doradcy ds. zatrudnienia:**
2. Status osoby uprawnionej: **osoba bezrobotna** **poszukująca pracy**
3. Wnioskowane szkolenie wynika ze wskazań w indywidualnym planie działania **TAK NIE**
4. Pierwszeństwo w skierowaniu do udziału w szkoleniu:

bezrobotny posiadający Kartę Dużej Rodziny, o której mowa w art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2014r. o Karcie Dużej Rodziny;

bezrobotny powyżej 50. roku życia;

bezrobotny bez kwalifikacji zawodowych;

bezrobotny niepełnosprawnym;

długotrwale bezrobotny;

bezrobotny i poszukujący pracy, będący osobą do 30. roku życia;

bezrobotny samotnie wychowujący co najmniej jedno dziecko.

**Zweryfikowano dane osoby w systemie Syriusz.**

…………………………………………….

(data, podpis doradcy ds. zatrudnienia)

1. **Opinia specjalisty ds. rozwoju zawodowego:**
2. Wymagane skierowanie na badanie lekarskie lub psychologiczne TAK NIE
3. Poniesiony koszt dotychczasowych szkoleń w części finansowanej przez starostę **przekroczył/ nie przekroczył**\* 300% przeciętnego wynagrodzenia zgodnie z art. 100 ustawy ustawą z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (tekst jednolity Dz.U. z 2025 r., poz. 620)

UWAGI:………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Łączny koszt należny instytucjom szkoleniowym, organizatorom studiów podyplomowych, instytucjom potwierdzającym nabycie wiedzy i umiejętności, instytucjom wydającym dokumenty potwierdzające nabycie wiedzy i umiejętności oraz pobierającym opłaty, o których mowa w art. 103 i art. 104 **przekroczył/ nie przekroczył**\* 450% przeciętnego wynagrodzenia na jedną osobę w okresie kolejnych 3 lat zgodnie z art. 108 ustawy ustawą z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (tekst jednolity Dz.U. z 2025 r., poz. 620)

………………………………………………….

(data i podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego)

1. **Opinia komisji ds. kwalifikacji osób bezrobotnych na szkolenia grupowe i indywidualne:**

**pozytywna/negatywna\***

[ ] zakwalifikowany(a) na szkolenie

[ ] niezakwalifikowany(a) na szkolenie

**uzasadnienie:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………

(data, podpis i pieczęć)

1. **Decyzja Starosty**

Postanawiam zakwalifikować kandydata na wskazane szkolenie/postanawiam nie zakwalifikować kandydata na wskazane szkolenie\*

ewentualne uzasadnienie:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………….

(data, podpis i pieczęć)

**\*niepotrzebne skreślić**

1. Zaznaczyć właściwe znakiem X [↑](#footnote-ref-1)