|  |  |
| --- | --- |
| puplogo | **Powiatowy Urząd Pracy w Wyszkowie** ul. Tadeusza Kościuszki 15, 07-200 Wyszków,  wyszkow.praca.gov.pl, e-mail:wawy@praca.gov.pl tel. (29) 742-61-66, 743-09-45, fax 742-21-35 |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Adnotacje **POWIATOWEGO URZĘDU PRACY W WYSZKOWIE**  Znak sprawy: DRP.552.  Nr ewidencyjny: ……………………………………..………………....... |  |

…………………………………………………………

(miejscowość, data)

**STAROSTA POWIATU WYSZKOWSKIEGO**

**za pośrednictwem**

**POWIATOWEGO URZĘDU PRACY   
W WYSZKOWIE**

**WNIOSEK   
o skierowanie na SZKOLENIE WSKAZANE PRZEZ OSOBĘ UPRAWNIONĄ ( INDYWIDUALNE) zgodnie z art. 43 i 62 ustawy z dn. 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia   
i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2023r., poz. 690 z późn. zm.)**

|  |
| --- |
| **I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY** |

* + - 1. **Imię i nazwisko:** …..
      2. Adres zamieszkania: ………………………………………………………………………………………………….
      3. PESEL\*:................................................................... 4. Nr telefonu …...

1. Wykształcenie:..........................................................6. Zawód wyuczony:……………………………………………

7. Zawód ostatnio wykonywany:...................................8. Zawód najdłużej wykonywany:………………………………

9. Posiadane kwalifikacje i uprawnienia: ……

\* w przypadku cudzoziemca numer dokumentu stwierdzającego tożsamość

|  |
| --- |
| **II. INFORMACJE O WNIOSKOWANYM SZKOLENIU** |

1.Nazwa szkolenia**:**

2.Zakres zagadnień, które powinno zawierać szkolenie:…………………………………………………………………

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

3.Dodatkowe informacje o wnioskowanym szkoleniu\*:

a/ nazwa i adres instytucji szkoleniowej, która posiada wpis do Rejestru Instytucji Szkoleniowych

b/ planowany termin szkolenia

c/ koszt szkolenia

d/ inne informacje dotyczące wskazanej instytucji szkoleniowej

\*ostateczny wybór instytucji szkoleniowej należy do Urzędu

|  |
| --- |
| **III. UZASADNIENIE CELOWOŚCI ODBYCIA SZKOLENIA** |

1. Powód ubiegania się o szkolenie (właściwe zaznaczyć):

a/ uzyskanie zatrudnienia □

b/ konieczność zmiany lub uzupełnienia kwalifikacji □

c/ utrata zdolności do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie □

d/ brak kwalifikacji zawodowych □

1. Czy po ukończeniu szkolenia planuje Pan/Pani podjęcie pracy?

□ TAK (posiadam uprawdopodobnienie podjęcia odpowiedniej pracy w postaci oświadczenia pracodawcy o zamiarze powierzenia zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej)

□ NIE

3. Czy po ukończeniu szkolenia planuje Pan/Pani rozpoczęcie prowadzenia własnej działalności gospodarczej?

□ TAK

□ NIE

4. Inne istotne dla rozpatrzenia wniosku informacje uzasadniające celowość odbycia szkolenia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

|  |
| --- |
| **IV. OŚWIADCZENIE** |

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą i ich wiarygodność potwierdzam własnoręcznym podpisem. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

**(data i podpis osoby uprawnionej)**