**,**

**RR.631. ............ 2023 Data wpływu** ...............................................

 (wypełnia Urząd)

**WNIOSEK OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ ZAREJESTROWANEJ JAKO POSZUKUJACA PRACY
O SKIEROWANIE NA WSKAZANE PRZEZ NIĄ SZKOLENIE**

Podstawa prawna, Ustawa. *o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy*  (Dz. U. 2022 poz. 690 ze zm.), Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji oraz trybu i sposobów prowadzenia usług rynku pracy (Dz. U. 2014 poz. 667) oraz Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2023 r. poz. 100 z późn. zm)

**I. Dane osobowe – proszę wypełnić czytelnie**

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

**2**. Pesel ............................................................................................................................................................................

**3.** Adres zamieszkania……………………….............................................................................................................................

**4**. Numer telefonu .................................................................................................................................................................

**5**. Wykształcenie ……………………........................................................................................................................................

**6**. Zawód wyuczony……………………….................................................................................................................................

**7.** Zawod wykonywany ostatnio .....................................................................................................................................

**8. Czy jest Pan /Pani osoba niepełnosprawną TAK/NIE\***

**9. Jeśli TAK to w jakim stopniu : Znaczny/ Umiarkowany/ Lekki\***

**9. Proszę o skierowanie na szkolenie (podać pełną nazwę wnioskowanego szkolenia):**

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

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

**II**. **Dane dotyczące szkolenia – można wskazać jednostkę szkoleniową**

**1**. Nazwa i adres jednostki szkoleniowej (obowiązkowo jednostka musi posiadać **aktualny** wpis do Rejestru Instytucji Szkoleniowych) .....................................................................................................................................................................

**2.** Termin szkolenia .............................................................................................................................................................

***UWAGA -*** *są to dane poglądowe, PUP musi zwrócić się z zapytaniem o możliwość realizacji szkolenia do przynajmniej 2 jednostek szkoleniowych. Decyduje racjonalność wydatkowania środków publicznych.*

**III. Uzasadnienie wyboru szkolenia - zaznacz** X właściwe**:**

* Mam pracodawcę, który **gwarantuje** mi zatrudnienie.

***Należy załączyć deklarację zatrudnienia, druk dostępny w urzędzie i na stronie internetowej.***

* **Nie mam gwarancji zatrudnienia - proszę odpowiedzieć na poniższe pytania:**

**1**. Czy był Pan/Pani w ostatnich 2 miesiącach na rozmowie kwalifikacyjnej, z której wynikało, że ukończone szkolenia gwarantuje zatrudnienie?

  Tak  NIE

**2.** Jeśli **TAK** to proszę podać nazwę pracodawcy ...............................................................................................................

**3**. W przypadku zaznaczania odpowiedzi **NIE** należy wskazać potencjalnych pracodawców, do których udałby się Pan/Pani z posiadanymi kwalifikacjami po kursie? .............................................................................................................

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

**4.** Czy ukończenie szkolenia podniesie już posiadane przez Pana/Panią kwalifikacje, jeżeli tak to, jakie ?

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

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

**5.** Inne dane mające wpływ na wybór szkolenia .................................................................................................................

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

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

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

 Data i podpis Wnioskodawcy ……………………………………………..................................

**IV. Decyzja Starosty lub osoby upoważnionej**

**Wniosek rozpatrzony pozytywnie, skierowanie na szkolenie jest konieczne ze względu na :**

* Brak kwalifikacji zawodowych.
* Konieczność zmiany lub uzupełnienia kwalifikacji.
* Utratę zdolności do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie.

**Wniosek rozpatrzony negatywnie:**

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

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

 (Data) (podpis Starosty lub osoby upoważnionej)

\*właściwe zakreślić