

**WNIOSEK O SKIEROWANIE NA SZKOLENIE WSKAZANE PRZEZ BEZROBOTNEGO**

zgodnie z art. 40 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy ( t. j. Dz. U. z 2023 r. poz. 735 ze zm.)

**IMIĘ I NAZWISKO BEZROBOTNEGO**  ……….…………………………………………..

**PESEL**…………………………..………………………………………………….……….…..

**ADRES ZAMIESZKANIA**…………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………….…………..…

**NUMER TELEFONU:** ……………………………………………………………………….

**ADRES E-MAIL**…………………………………………………………………………….…

**WYKSZTAŁCENIE**…………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………..………...……………………………………………………………………………………………

**INFORMACJE O POSIADANYCH UPRAWNIENIACH**, ( w przypadku wnioskowania o szkolenie kierowcy, proszę o podanie  **daty uzyskania prawa jazdy C i D)** ………………………………………………………….………………………………………..…………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...

**NAZWA SZKOLENIA** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Inne informacje o wskazanym szkoleniu, które osoba wnioskująca uzna za istotne**, np. nazwa instytucji szkoleniowej posiadającej aktywny wpis do Rejestru Instytucji Szkoleniowych organizującej ww. szkolenie, tematyka szkolenia itp. (wypełnienie punktu nie jest obowiązkowe)

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

**Przyczyny wnioskowania o skierowanie na wskazane szkolenie (zaznaczyć właściwe):**

 brak kwalifikacji zawodowych,

 konieczność zmiany lub uzupełnienia kwalifikacji,

 utrata zdolności do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie

**Oświadczam, że:**

Mam zawieszoną działalność gospodarczą:  tak  nie

**Uzasadnienie celowości szkolenia**, w tym uprawdopodobnienie przez wnioskodawcę podjęcia zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej:

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

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

**W** **przypadku gwarancji podjęcia działalności gospodarczej po szkoleniu należy opisać:**

1. rodzaj planowanej działalności gospodarczej (należy szczegółowo opisać planowaną działalność oraz wskazać nr klasy PKD) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……
2. wskazać planowany termin jej rozpoczęcia (maksymalnie do 60 dni od zakończenia szkolenia): …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**UWAGA !!! W przypadku posiadania pisemnej gwarancji zatrudnienia od przyszłego pracodawcy, należy dołączyć gwarancję do wniosku.**

*Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Opolu ul. mjr Hubala 21, 45-266 Opole. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji obowiązku prawnego, ciążącego na Administratorze,
na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO), w związku ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy ( t. j. Dz. U. z 2023 r. poz. 735 ze zm.) Więcej informacji na temat przetwarzania danych osobowych przez Administratora oraz opis przysługujących Pani/Panu praw z tego tytułu, jest dostępnych na stronie internetowej http://opole.praca.gov.pl/ lub w siedzibie Administratora)*

**Oświadczam, że:**

* Wszystkie dane i informacje zawarte w powyższym wniosku są zgodne z prawdą,
* Poinformowano mnie, że wypełnienie wniosku nie jest jednoznaczne
z zakwalifikowaniem na szkolenie,
* Poinformowano mnie, że zgodnie z *ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy ( t. j. Dz.U. z 2023 r., poz. 735 ze zm.*) osoba, która odmówiła przyjęcia propozycji szkolenia albo przerwała je bez uzasadnionej przyczyny bądź po skierowaniu nie podjęła szkolenia, traci status osoby bezrobotnej na okres:
	1. 120 dni w przypadku pierwszej odmowy,
	2. 180 dni w przypadku drugiej odmowy,
	3. 270 dni w przypadku trzeciej i każdej kolejnej odmowy,

chyba, że powodem odmowy lub przerwania szkolenia było podjęcie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej;

* Zostałem/am poinformowany/a, że po sprawdzeniu poprawności złożonych dokumentów, analizie wniosku, Powiatowy Urząd Pracy w Opolu poinformuje mnie mailowo w ciągu 30 dni od dnia złożenia wniosku o sposobie jego rozpatrzenia.

**Proszę o przesłanie odpowiedzi na wniosek na adres e-mail**:

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

Data…………………… ……………………..………….….

 czytelny podpis bezrobotnego

**OPINIA DORADCY KLIENTA** – w tym w zakresie zgodności wnioskowanego wsparcia z ustaleniami założonymi w Indywidualnym Planie Działania

- szkolenie uwzględnione w IPD: TAK NIE

- data rejestracji:………………………………………………………………….………

- wykształcenie wnioskodawcy :…………………………………………………………

**Czy są oferty pracy w zawodzie zgodnym z kierunkiem szkolenia?** (należy wskazać jakie)…………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………...………………...…………………………………………………………………………..…

**Zasadność wnioskowanego wsparcia:**

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

 ……………………………………………………  *( data i podpis doradcy klienta )*