### Powiatowy Urząd Pracy w Zduńskiej Woli

Centrum Aktywizacji Zawodowej

|  |  |
| --- | --- |
| Pieczęć wpływu | ……………………………………………………….Imię i nazwisko wnioskodawcy…….......................................................……………....………………………………………………………..*.*Adres zamieszkania |
| Pozycja rejestru zgłoszeń*............/ 2025* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PESEL……….…………..…………………………………..Telefon/e-mail |

*Wniosek należy złożyć w Powiatowym Urzędzie Pracy* **Starosta Zduńskowolski**

*w Zduńskiej Woli, ul. Getta Żydowskiego 4* **za pośrednictwem PUP w Zduńskiej Woli**

WNIOSEK O SKIEROWANIE NA SZKOLENIE

*Podstawa prawna: art. 40 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2025 r.,poz. 214)*

# CZĘŚĆ I. Wypełnia kandydat na szkolenie (proszę wypełnić drukowanymi literami)

### Wykształcenie

*(kierunek, specjalność, nazwa i rok ukończenia szkoły)*

### Zawód wyuczony

1. Zawód ostatnio wykonywany

### Posiadane uprawnienia

1. Nazwa kierunku szkolenia, o jakie się Pan/i aktualnie ubiega:

### Jaką pracą jest Pan/i zainteresowany/a ( stanowisko):

ul. Getta Żydowskiego 4, 98-220 Zduńska Wola, tel: (43) 823 23 27, e-mail: sekretariat@zdunskawola.praca.gov.pl, www: zdunskawola.praca.gov.pl

### Uzasadnienie celowości szkolenia.

* 1. Wskazanie możliwości zatrudnienia:

posiadam uprawdopodobnienie zatrudnienia po ukończonym kursie *(załącznik nr 1)*

zamierzam rozpocząć działalność gospodarczą *(załącznik nr 2)*

### nie posiadam deklaracji zatrudnienia, ale posiadam wiedzę, że na rynku pracy występuje duże zapotrzebowanie na kwalifikacje o które wnioskują.

*Źródła informacji:* Internet Prasa Inne:

* 1. Uzasadnienie wyboru kierunku szkolenia *(należy wskazać istotny cel ukończenia szkolenia, podyktowany np. zmianą, uzyskaniem lub podwyższeniem kwalifikacji, utratą dotychczas posiadanych uprawnień lub możliwości wykonywania posiadanego zawodu, a także odnieść się do odpowiedzi udzielonej w pkt.7a.).*

………………………………………………..

*podpis kandydata na szkolenie*

1. *Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, iż wszystkie podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym, a załączniki dołączone do wniosku będące kopią oryginalnego dokumentu są zgodne ze stanem faktycznym.*
2. *Zapoznałem/am się z regulaminem dotyczącym organizacji szkoleń dla osób bezrobotnych i innych uprawnionych osób realizowanych przez Powiatowy Urząd Pracy w Zduńskiej Woli.*

# Poniższe oświadczenie składa osoba bezrobotna, która przed zarejestrowaniem w Powiatowym Urzędzie Pracy w Zduńskiej Woli prowadziła działalność gospodarczą.

*Oświadczam, że przed zarejestrowaniem w Powiatowym Urzędzie Pracy w Zduńskiej Woli: Zamknąłem/ęłam działalność gospodarczą*

*Zawiesiłem/am działalność gospodarczą*

***Załączniki:***

### 1. …………………………………………………………………………………………………...……….

2. …………………………………………………………………………………………………...……….

### 3. …………………………………………………………………………………………………...……….

4. ………………………………………………………………………………………………...………….

*Zduńska Wola, dnia* .............................................. ………………….……………………………

*czytelny podpis wnioskodawcy*

***\* niewłaściwe skreślić \* \* zaznacz odpowiednie***

# Klauzula informacyjna dla osób bezrobotnych zainteresowanych organizacją szkoleń indywidualnych

### Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, tj. RODO) uprzejmie informujemy, że:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Zduńskiej Woli z siedzibą przy ul. Getta Żydowskiego 4, 98-220 Zduńska Wola. Mogą się Państwo z nami skontaktować w sposób tradycyjny pisząc na wskazany adres, telefonicznie pod numerem: +048 (43) 823-23-27 lub +048 (43) 823-23-28 oraz elektronicznie za pośrednictwem poczty e-mail kierując wiadomość na adres: sekretariat@zdunskawola.praca.gov.pl.

### Chcąc zapewnić bezpieczeństwo Państwa danych osobowych Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować za pośrednictwem poczty elektronicznej pod adresem: iod@zdunskawola.praca.gov.pl.

Celem przetwarzania danych, jaki realizuje Administrator jest **organizacja szkoleń indywidualnych**. W związku z powyższym Państwa dane osobowe są przetwarzane w rozumieniu art. 6 ust. 1 lit. c) oraz e) RODO, na podstawie przepisów prawa, które określa Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz 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. W ramach określonego celu nie występuje profilowanie.

### Państwa dane będą przetwarzane przez okres niezbędny do ustalenia wyników postępowania kwalifikacyjnego oraz zgodnie z przepisami prawa przez okres 5 lat po otrzymaniu odmowy lub uzyskaniu skierowania na szkolenie, w związku z realizacją obowiązków ciążących na Administratorze. Jednocześnie informujemy, że podanie danych jest dobrowolne, jednak niezbędne do realizacji wyżej określonego celu.

Odbiorcami Pani/Pana danych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa, w tym instytucje szkoleniowe oraz podmioty świadczące nad oprogramowaniem przetwarzającym dane, w tym podmioty świadczące obsługę poczty elektronicznej. Dane nie będą transferowane poza Polskę.

### W związku z przetwarzaniem danych osobowych posiadają Państwo prawo do dostępu oraz sprostowania podanych danych, prawo do żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych. Z przedstawionych praw mogą Państwo skorzystać kontaktując się z Administratorem na powyższe dane kontaktowe.

W przypadku uznania, że przetwarzanie danych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, przysługuję Państwu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

***Część II – Wypełnia Doradca Klienta w PUP Zduńska Wola***

### Opinia dotycząca możliwości skierowania kandydata na szkolenie.

1. Realizacja i forma pomocy zgodna z **IPD:**\*

|  |  |
| --- | --- |
| **TAK** |  |
| **NIE** |  |

### Czy dokonano przesyłu do ZUS\*

|  |  |
| --- | --- |
| **TAK** |  |
| **NIE** |  |

Uwagi: …………………………………………………………………………………………………………….................

### Sytuacja kandydata:

a) Data rejestracji: ……………………………………………………………………………………..…………………

b) Wykształcenie: …………………………………………………………………………………..……………………...

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

c) Doświadczenie:……………………………………………………………………………………...………..……….

.………………………………………………………………………………………………………………………….. d) Uprawnienia: …………………………………………………………………………………………………………..

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

### e) Przedstawione oferty pracy (w okresie ostatniej rejestracji lub 6 miesięcy wstecz):

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

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

### Czy kandydat odmówił poprzednio (12 miesięcy wstecz) przyjęcia propozycji zatrudnienia, stażu, przygotowania zawodowego, przygotowania zawodowego dorosłych, szkolenia lub innej formy pomocy określonej w ustawie **– TAK\* / NIE**

jeżeli tak, proszę podać kiedy, czego propozycja dotyczyła i jaki był powód odmowy:

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

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

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

### Informacja na temat dysponowania przez PUP odpowiednimi ofertami pracy, zgodnymi z dotychczas posiadanymi przez kandydata kwalifikacjami zawodowymi (na dzień rozpatrywania wniosku).

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

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

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

### Status kandydata:

### bezrobotny do 30 roku życia,

### bezrobotny długotrwale,

* + bezrobotny powyżej 50 roku życia,

### bezrobotny korzystający ze świadczeń pomocy społecznej,

* + bezrobotny niepełnosprawny,

### bezrobotny posiadający co najmniej jedno dziecko do 6 roku życia lub co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne do 18 roku życia,

* + poszukujący pracy, o którym mowa w art. 49 ust. 7 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,

### osoba nie jest w szczególnej sytuacji na rynku pracy.

1. Czy kandydat spełnia określone ustawą warunki do skierowania na szkolenie (*właściwe zakreślić*):

### brak kwalifikacji zawodowych,

* + konieczność zmiany lub uzupełnienia kwalifikacji,

### utrata zdolności do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie,

* + żadne z powyższych.

### Zapotrzebowanie lokalnego rynku pracy na kwalifikacje, które wnioskodawca uzyska po szkoleniu:

* + analiza ofert pracy pozostających w dyspozycji PUP w okresie 6 miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku…………………………………………………………………………………………………................................

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

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

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

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

* + czy wnioskodawca wykazał pracodawców, z którymi się kontaktował w celu uzyskania zatrudnienia po szkoleniu………………………………………………………………………………………………………......................

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

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

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

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

### Opinia dotycząca zakwalifikowania kandydata na szkolenie.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | POZYTYWNA |  | NEGATYWNA |

Uzasadnienie w przypadku opinii negatywnej:

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

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

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

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

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

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

*Zduńska Wola, dnia* ……………………………… ……………………………………………..

*podpis i pieczątka doradcy klienta*

## Część III. Wypełnia specjalista ds. rozwoju zawodowego PUP Zduńska Wola

### Kompletność i jakość wypełnienia wniosku:

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

### Uczestnictwo w szkoleniu w ostatnich 3 latach (Jeśli tak to czy kandydat podjął pracę w ciągu 2 miesięcy od ukończenia szkolenia):……………………………………………………………………………….....................

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

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

### Aktualny stan środków finansowych:

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

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

### Ocena uzasadnienia celowości szkolenia:

* + wykazano zapotrzebowanie na rynku pracy,

### załączono oświadczenie od pracodawcy dotyczące zamiaru zatrudnienia po szkoleniu,

* + załączono oświadczenie o zamiarze rozpoczęcia działalności gospodarczej,

### wykazano potrzebę nabycia, uzupełnienia, podwyższenia lub zmiany kwalifikacji.

1. Czy zawód jaki osoba uzyska po szkoleniu wymaga:

### określenia przydatności,

* + szczególnych predyspozycji psychofizycznych\*,

### żadne z powyższych

\* *wymagana opinia doradcy zawodowego*

### Opinia dotycząca zakwalifikowanie kandydata na szkolenie.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | POZYTYWNA |  | NEGATYWNA |

Uzasadnienie w przypadku opinii negatywnej:

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

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

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

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

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

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

*Zduńska Wola, dnia* ……………………………… ………………………………………………....

*podpis i pieczątka specjalisty ds. rozwoju zawodowego*

## Opinia Zespołu ds. opiniowania wniosków na szkolenia indywidualne finansowane przez Powiatowy Urząd Pracy

### Na posiedzeniu w dniu obecni Członkowie Zespołu w składzie:

1. …………………………..…………………..

2. …………………………..…………………..

3. …………………………..…………………..

4. …………………………..…………………..

zaopiniowali wniosek na szkolenie indywidualne złożony w dniu ……..…………..………………….......................

przez ……………………………………………………………………..…………………………………………………..

### pozytywnie\*

1. negatywnie\*

### Uzasadnienie w przypadku opinii negatywnej:

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

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

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

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

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

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

Podpisy Zespołu:

1. …………………………………………………………………...

2. …………………………………………………………………...

3. …………………………………………………………………...

4. …………………………………………………………………...

***Decyzja Starosty Powiatu Zduńskowolskiego lub osoby upoważnionej***

# Kandydat zakwalifikowany / nie zakwalifikowany\* na szkolenie

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

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

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

*data podpis / pieczątka Starosty Powiatu Zduńskowolskiego*

*lub osoby upoważnionej*

***\*niepotrzebne skreślić***