

**WNIOSEK OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ POSZUKUJĄCEJ PRACY NIEPOZOSTAJĄCEJ W ZATRUDNIENIU NA SZKOLENIE FINANSOWANE Z PAŃSTWOWEGO FUNDUSZU REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

**Powiatowy Urząd Pracy w Goleniowie**

Na podstawie ustawy z dnia z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, (tj. Dz. U. z 2021 r., poz. 573), ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tj. Dz. U. z 2022 r. poz. 690) oraz rozporządzenia MP i PS z dnia 22 maja 2014 r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji oraz trybu i sposobów prowadzenia usług rynku pracy (Dz. U. z 2014 r., poz. 667).

**I.WYPEŁNIA OSOBA ZAINTERESOWANA UCZESTNICTWEM W SZKOLENIU**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko i imię  |  |
| PESEL  |  |
| Adres zameldowania |  |
| Adres korespondencyjny |  |
| Nr telefonu ( warunek konieczny), e-mail |  |
| Nazwa szkolenia |  |
| Wskazana instytucja szkoleniowa |  |
| Uzasadnienie celowości szkolenia, oczekiwania w zakresie wiedzy i umiejętności w związku z wnioskowanym szkoleniem |  |

**OŚWIADCZAM (właściwe zakreślić):**

* Nie uczestniczyłem/-łam w szkoleniu finansowanym ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania z powiatowego urzędu pracy w okresie ostatnich 3 lat;
* Uczestniczyłem/-łam w szkoleniu finansowanym ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania z powiatowego urzędu pracy w okresie ostatnich 3 lat

 ……………………………………………. Koszt szkolenia wyniósł: ……………………… zł.

 (nazwa Urzędu)

Oświadczam, że zapoznałem/-łam się z klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych, **znajdującą się na stronie internetowej** [**www.pupgoleniow.pl,**](http://www.pupgoleniow.pl,) **w zakładce: „Urząd Pracy” → „Ochrona danych osobowych”**

 …..………………..……………….

 Data i podpis Wnioskodawcy

**II.WYPEŁNIA POWIATOWY URZĄD PRACY W GOLENIOWIE**

|  |
| --- |
| **Wnioskodawca uzasadnił celowość szkolenia poprzez:** |
| * + dołączenie „Oświadczenia pracodawcy o zamiarze zatrudnienia osoby po ukończeniu szkolenia” (Formularz A) + uzasadnienie własne.
	+ dołączenie „Oświadczenia o zamiarze podjęcia/wznowienia działalności gospodarczej po ukończeniu szkolenia” (Formularz B) + uzasadnienie własne.
	+ jedynie własnym uzasadnieniem.
 |
| **Opinia Doradcy Klienta dot. zasadności wyboru szkolenia /**określenie predyspozycji wnioskodawcy do wykonywania zawodu, który uzyska w wyniku szkolenia/analiza ofert pracy zgłaszanych przez pracodawców na lokalnym rynku pracy**/**  |
| Osoba uprawniona spełnia / nie spełnia\* określone ustawą warunki do sfinansowania kosztów szkolenia:* warunki z **art. 38 ust. 1** ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych:

- brak kwalifikacji zawodowych\*), - konieczność zmiany kwalifikacji w związku z brakiem propozycji odpowiedniego zatrudnienia\*), - utrata zdolności do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie\*), * warunek z **art. 40 ust. 1 pkt 2** ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych .

 **OPINIA : □ POZYTYWNA □ NEGATYWNA**  data i podpis pracownika :  |

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na sfinansowanie kosztów szkolenia.

 …….….……………………..….…………………………..

 (data, podpis Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy)

**\***niepotrzebne skreślić.