

Gostynin, dnia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko wnioskodawcy

\_\_\_\_\_  
adres zamieszkania

**Starosta Gostyniński  
za pośrednictwem  
Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy  
w Gostyninie**

**W N I O S E K  
O SKIEROWANIE NA SZKOLENIE**

1. Wnioskuje o skierowanie na wskazane przeze mnie szkolenie pod nazwą \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
finansowane ze środków Funduszu Pracy.

2. Uzasadnienie celowości szkolenia (np. propozycja pracy, wskazanie firm, w których starał/a się Pan/Pani o przyjęcia do pracy na stanowiskach wymagających umiejętności, kwalifikacji, których dotyczy wskazane szkolenie lub planowane rozpoczęcie własnej działalności gospodarczej).

3. Prosimy zaznaczyć właściwe:

Opieram się **jedynie** na uzasadnieniu celowości odbycia wnioskowanego szkolenia

lub do wniosku dołączam:

Oświadczenia pracodawcy o zamiarze zatrudnienia osoby po ukończeniu szkolenia (Załącznik 1).

Oświadczenia o zamiarze podjęcia działalności gospodarczej po ukończeniu szkolenia (Załącznik 2).

W przypadku dołączenia do wniosku oświadczenia pracodawcy lub oświadczenia o zamiarze podjęcia działalności gospodarczej należy także uzasadnić wybór szkolenia.

## DANE KANDYDATA NA SZKOLENIE

### Wypełnia kandydat na szkolenie

1. Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_
2. PESEL \_\_\_\_\_ Nr dowodu osobistego \_\_\_\_\_
3. Rodzaj dokumentu stwierdzającego tożsamość (dot. cudzoziemca) \_\_\_\_\_
4. Adres zamieszkania \_\_\_\_\_
5. Nr telefonu \_\_\_\_\_ kom. \_\_\_\_\_
6. Wykształcenie \_\_\_\_\_  
(nazwa, rok ukończenia szkoły)
6. Zawód wyuczony \_\_\_\_\_  
– wykonywany ostatnio \_\_\_\_\_
7. Czy kandydat posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności: TAK / NIE\*  
Jeśli TAK proszę podać \_\_\_\_\_ oraz \_\_\_\_\_  
(stopień niepełnosprawności) (datę do kiedy orzeczono stopień niepełnosprawności)
8. Dodatkowe uprawnienia:  
\_\_\_\_\_
9. Dodatkowe umiejętności:  
\_\_\_\_\_
10. Czy w związku z zainteresowaniem w /w szkoleniem zgadza się Pan /i na przeprowadzenie badań specjalistycznych lub psychologicznych TAK / NIE \*
11. Dotychczasowe uczestnictwo w szkoleniach/ studiach podyplomowych organizowanych przez PUP- TAK / NIE\* Jeżeli TAK, to proszę podać nazwę szkolenia:  
\_\_\_\_\_
12. Czy podjął /a Pan /i pracę/ działalność gospodarczą\* po ukończeniu wyżej wymienionego szkolenia TAK / NIE\*

#### Oświadczenie wnioskodawcy:

- zostałem pouczoney o odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 Kodeksu Karnego za składanie fałszywych oświadczeń. Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
- zapoznałem się z informacją o prawach i obowiązkach związanych z uczestnictwem w szkoleniu.
- zostałem poinformowany o możliwości dołączenia do wniosku, informacji o wybranym przez siebie szkoleniu uwzględniające: nazwę i termin szkolenia, nazwę i adres wskazanej instytucji szkoleniowej, koszt szkolenia oraz inne istotne informacje o wskazanym szkoleniu, jednakże ostateczna decyzja o wyborze jednostki szkoleniowej należy do Starosty Gostynińskiego.

\_\_\_\_\_ (data)

\_\_\_\_\_ (podpis wnioskodawcy)

\* niepotrzebne skreślić

## OPINIA DORADCY ZAWODOWEGO

### Stwierdza się, iż osoba zainteresowana szkoleniem:

- nie posiada żadnych kwalifikacji zawodowych,
- utraciła zdolność do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie,
- dokonuje zmiany lub uzupełnienia kwalifikacji
- inne \_\_\_\_\_

### Uznaje się iż w /w osoba:

- spełnia warunki do ubiegania się o szkolenie mające na celu \_\_\_\_\_
- nie spełnia warunków do podjęcia szkolenia, ponieważ \_\_\_\_\_

### Uwagi i dodatkowe informacje o kandydacie na szkolenie \_\_\_\_\_

### Opinia doradcy zawodowego o celowość przeprowadzenia badań specjalistycznych lub psychologicznych:

Na podstawie powyższych informacji pozytywnie / negatywnie opiniuję wniosek Pana(i) \_\_\_\_\_ ubiegającego(ej) się o szkolenie indywidualne w kierunku \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ podpis doradcy zawodowego

\* niepotrzebne skreślić

## INFORMACJA SPECJALISTY DS. ROZWOJU ZAWODOWEGO:

**STATUS WNIOSKODAWCY:** bezrobotny\*, poszukujący pracy\*, pracownik bądź osoba wykonująca inną pracę zarobkową lub działalność gospodarczą, zainteresowana pomocą w rozwoju zawodowym w wieku 45 lat i powyżej\*.

Opinia specjalisty ds. rozwoju zawodowego: uzasadnione/ nie uzasadnione jest skierowanie na szkolenie z powodu:

- konieczności zdobycia kwalifikacji zawodowych,
- konieczności zmiany lub uzupełnienia kwalifikacji zawodowych,
- utraty zdolności do wykonywania pracy w dotychczasowym zawodzie,
- braku umiejętności aktywnego poszukiwania pracy,
- inny, jaki?? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego

\*niepotrzebne skreślić

### **Decyzja Starosty Gostynińskiego/Osoby upoważnionej do załatwienia spraw w imieniu Starosty Gostynińskiego:**

Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy w Gostyninie działający z upoważnienia Starosty Gostynińskiego wyraża / nie wyraża zgodę /y na pokrycie kosztów szkolenia indywidualnego dla Pani/a: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ zarejestrowanej /go w PUP  
Gostynin na szkolenie pn. \_\_\_\_\_

do wysokości 300 % przeciętnego wynagrodzenia obowiązującego w dniu podpisania umowy.

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_ z upoważnienia Starosty pieczęć i podpis  
Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy

....., dnia .....

.....  
/pieczęć firmowa Pracodawcy/

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O ZAMIARZE ZATRUDNIENIA  
OSOBY BEZROBOTNEJ PO UKOŃCZENIU SZKOLENIA**

I. Dane Pracodawcy

Pełna nazwa Pracodawcy

Adres .....

Nr tel. .... fax. .... e-mail .....

NIP ..... REGON ..... EKD/PKD .....

Forma prawna .....

Rodzaj działalności .....

Osoba reprezentująca Pracodawcę (imię i nazwisko) .....

II. Oświadczenie Pracodawcy

Oświadczam, że zatrudnię lub powierzę wykonanie innej pracy zarobkowej, która podlega ubezpieczeniom społecznym Pana(u)/ Panią(i)

.....  
/imię i nazwisko oraz nr PESEL osoby przewidzianej do zatrudnienia/ na stanowisku

.....  
/nazwa stanowiska/

na podstawie :

- umowy o pracę na okres .....w wymiarze .....etatu\*
- umowy zlecenie na minimum 3 pełne miesiące, której wartość nie będzie mniejsza niż trzykrotność minimalnego wynagrodzenia\*;
- inne /jakie.....\*

niezwłocznie po ukończeniu niżej wymienionego szkolenia, nie później jednak niż w terminie 4 tygodni licząc od dnia zakończenia szkolenia lub przystąpienia do egzaminu jeśli jest przewidziany, jako potwierdzenie uzyskanych kwalifikacji.

.....  
.....  
/nazwa i zakres szkolenia/

Informuję, że wyżej wymieniona osoba odbyła rozmowę kwalifikacyjną, podczas której ustalono, że spełnia wszystkie wymagania i oczekiwania pracodawcy. Warunkiem podpisania stosownej umowy o pracę lub inną pracę zarobkową jest odbycie w/w szkolenia i uzyskanie właściwych kwalifikacji.

Ponadto oświadczam, że jest mi znany przybliżony czas realizacji przedmiotowego szkolenia i nie wpływa on negatywnie na wystawioną deklarację zatrudnienia.

Oświadczam, że firma nie znajduje się w stanie likwidacji, nie ogłoszono wobec niej upadłości, nie zalega z uiszczeniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, pod rygorem odpowiedzialności za szkodę spowodowaną fałszywym oświadczeniem.

.....  
(Pieczęć i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej)

\* *niepotrzebne skreślić*

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE O ZAMIARZE PODJĘCIA DZIAŁALNOŚCI  
GOSPODARCZEJ PO UKOŃCZENIU SZKOLENIA**

Oświadczam, że po ukończeniu szkolenia:

.....  
(pełna nazwa szkolenia)

podejmę prowadzenie własnej działalności gospodarczej zgodnej z kierunkiem szkolenia, w terminie do 4 tygodni od dnia zakończenia szkolenia lub przystąpienia do egzaminu, jeśli będzie przewidziany, jako potwierdzenie uzyskanych kwalifikacji.

Zobowiązuję się także do pisemnego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Gostyninie o podjęciu prowadzenia przedmiotowej działalności gospodarczej w terminie do 7 dni licząc od daty jej uruchomienia.

Oświadczam, ponadto, że nie warunkuję podjęcie prowadzenia własnej działalności gospodarczej od uzyskania jednorazowych środków na jej podjęcie, wypłacanych przez Powiatowy Urząd Pracy w Gostyninie.

.....  
czytelny podpis osoby składającej oświadczenie

## CHARAKTERYSTYKA PLANOWANEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ

1. Sektor/ branża w jakiej będzie prowadzona działalność gospodarcza:

.....  
.....

2. Opis produktu lub usług, które będą świadczone w ramach planowanej działalności gospodarczej:

.....  
.....

3. Źródło finansowania:

- Środki własne
- Jednorazowe środki na podjęcie działalności gospodarczej wypłacane przez PUP w Gostyninie, a w przypadku odmowy udzielenia dotacji środki własne

4. Siedziba firmy:

.....  
.....

5. Miejsce wykonywania działalności gospodarczej:

.....  
.....

6. Informacje dotyczące potencjalnych klientów oraz sposób ich pozyskania:

.....  
.....

7. Podjęte dotychczas działania inwestycyjno - organizacyjne związane z planowanym rozpoczęciem działalności:

.....  
.....

8. Opis mocnych stron, które mogą mieć wpływ na powodzenie przedsięwzięcia:

.....  
.....

.....

.....

czytelny podpis