|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| Liczba uzyskanych punktów |  |  |  | Miejscowość | Data |

**ZGŁOSZENIE NA SZKOLENIE GRUPOWE**

**CZĘŚĆ I – wypełnia osoba bezrobotna/poszukująca pracy**

**I. Nazwa szkolenia, o które Pan/Pani się ubiega** ....................................................................................

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

**II. Dane kandydata na szkolenie**

Imię i nazwisko ..........................................................................................................................................

Pesel1 .........................................................................................................................................................

Adres zamieszkania ...................................................................................................................................

Adres do korespondencji ...........................................................................................................................

Nr telefonu, adres e-mail ..........................................................................................................................

**III. Uzasadnienie celowości szkolenia**

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

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

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

**Oświadczam, że:**

1. wszystkie dane i informacje zawarte w powyższym zgłoszeniu są zgodne z prawdą,
2. spełniam wymagane do skierowania na wskazane szkolenie warunki, dotyczące charakterystyki i wymagań stawianych kandydatom do szkolenia, zawarte w planie szkoleń grupowych,
3. poinformowano mnie, że wypełnienie zgłoszenia nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem się na szkolenie,
4. poinformowano mnie, że zgłoszenie w całości niewypełnione nie podlega rozpatrzeniu,
5. poinformowano mnie, że o wyniku rekrutacji osoby uprawnione powiadamiane są w formie pisemnej w terminie 14 dni po dniu sporządzenia listy osób zakwalifikowanych na szkolenie,
6. poinformowano mnie, iż negatywny wynik badań lekarskich i/lub psychologicznych dyskwalifikuje mój udział w szkoleniu, bez względu na ilość uzyskanych punktów,
7. poinformowano mnie o możliwościach i warunkach zakwalifikowania się na szkolenie oraz o przysługujących świadczeniach w trakcie trwania szkolenia,
8. poinformowano mnie, że zgodnie z ustawą z dnia 20 marca 2025r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025r., poz. 620) osoba, która
z własnej winy po skierowaniu przez PUP nie podjęła albo przerwała realizację szkolenia traci status osoby bezrobotnej/poszukującej pracy na okres 90 dni chyba, że powodem niepodjęcia lub przerwania realizacji szkolenia było podjęcie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej, trwające co najmniej miesiąc. Pozbawienie statusu bezrobotnego/poszukującego pracy następuje od następnego dnia po dniu skierowania albo od dnia przerwania realizacji formy pomocy.
9. poinformowano mnie, że zgodnie z ww. ustawą osoba, która z własnej winy nie podjęła lub nie ukończyła szkolenia zwraca koszty należne instytucji szkoleniowej, a także koszty badań lekarskich lub psychologicznych, ubezpieczenia, przejazdu, zakwaterowania, o  ile zostały poniesione.
10. **uczestniczyłem/am / nie uczestniczyłem/am2** w szkoleniu finansowanym ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania z powiatowego urzędu pracy w okresie ostatnich 3 lat,
11. **brałem/am / nie brałem/am2** udziału w szkoleniu/ach finansowanym ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania z Powiatowego Urzędu Pracy w …………………………… w okresie ostatnich 3 lat, których łączne koszty należne instytucjom szkoleniowym, organizatorom studiów podyplomowych, instytucjom potwierdzającym nabycie wiedzy i umiejętności, instytucjom wydającym dokumenty potwierdzające nabycie wiedzy
i umiejętności oraz pobierającym opłaty, o których mowa w art. 103 i art. 104 ustawy z dnia 20 marca 2025., o rynku pracy i służbach zatrudnienia (t.j. Dz. U. z 2025r., poz. 620) tj. nie przekraczają 450% przeciętnego wynagrodzenia na jedną osobę w okresie kolejnych trzech lat,
12. poinformowano mnie, iż Powiatowy Urząd Pracy w Oświęcimiu w ................r. **zwraca / nie zwraca2** kosztów przejazdu na szkolenie.

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

 podpis osoby bezrobotnej/poszukującej pracy

1 w przypadku cudzoziemca (braku numeru PESEL) – numer dokumentu stwierdzającego tożsamość;

2 niepotrzebne skreślić

**CZĘŚĆ II – wypełnia Powiatowy Urząd Pracy w Oświęcimiu**

**I. Opinia doradcy klienta –** w zakresie zasadności skierowania na szkolenie:

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

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

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

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

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

Końcowa opinia dot. skierowania na szkolenie: **□** **pozytywna** **□** **negatywna**

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

data, podpis i pieczęć

**II. Opinia doradcy zawodowego** – szkolenie wymaga szczególnych predyspozycji psychofizycznych i zachodzi konieczność skierowania na badania lekarskie i/lub psychologiczne: **□** tak **□** nie

Wynik badań: **□** pozytywny **□** negatywny **□** nie dotyczy

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

data, podpis i pieczęć

**III. Informacja specjalisty ds. rozwoju zawodowego**:

1. Czy kandydat spełnia określone ustawą warunki do skierowania na szkolenie: **□** tak **□** nie

 Jeżeli nie, to dlaczego: ....................................................................................................................

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

1. Czy kandydat uczestniczył w szkoleniu finansowanym przez PUP Oświęcim w okresie ostatnich 24 miesięcy? (z wyłączeniem szkolenia z zakresu umiejętności aktywnego poszukiwania pracy) (możliwość przyznania 0-2 pkt)

 □ Tak □ Nie **(przyznano ….. pkt)**

1. Sytuacja na rynku pracy (art.69 ustawy) – bezrobotny/a/:

 □ niepełnosprawny (1 pkt) □ do 30 roku życia (dotyczy również poszukujących pracy) (1 pkt),

 □ długotrwale (1 pkt), □ samotnie wychowujący co najmniej jedno dziecko (1 pkt),

 □ powyżej 50 roku życia (1 pkt) □ posiadający Kartę Dużej Rodziny (1 pkt),

 **(przyznano ….. pkt)**

1. Uzasadnienie celowości skierowania na szkolenie:

 □ okres pozostawania w ewidencji osób bezrobotnych powyżej 6 miesięcy (1 pkt),

 □ zmiana, nabycie, podwyższenie lub uzupełnienie kwalifikacji (1 pkt),

 □ doświadczenie zawodowe (1 pkt), □ utrata uprawnień (1 pkt).

 **(przyznano ….. pkt)**

1. Dodatkowe informacje (możliwość przyznania 0-3 pkt):

…............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ **(przyznano ….. pkt)**

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

data, podpis i pieczęć

**IV. Rozpatrzenie wniosku**

Uwagi końcowe: ........................................................................................................................................

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

**Osoba zakwalifikowana / niezakwalifikowana**1

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

data, podpis i pieczęć data, podpis i pieczęć data, podpis i pieczęć

 kierownika doradcy klienta                          specjalisty ds. rozwoju zawodowego

Decyzja Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Oświęcimiu:

**Osoba zakwalifikowana / niezakwalifikowana**1

…………………………………..……

data, podpis i pieczęć Dyrektora PUP

działającego z upoważnienia Starosty

1 niepotrzebne skreślić