# **Wniosek o skierowanie na szkolenie**

**CZĘŚĆ I – wypełnia Wnioskodawca**

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

***imię i nazwisko osoby bezrobotnej/innej osoby uprawnionej\****

................................................................../ .............................................................................................................................

***PESEL numer dokumentu stwierdzającego tożsamość (w przypadku cudzoziemca)***

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

***adres zamieszkania***

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

***adres do korespondencji***   ***nr telefonu***

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

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

***proponowany kierunek szkolenia***

Oczekiwania w zakresie wiedzy i umiejętności w związku z wnioskowanym szkoleniem:

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

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

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

Uzasadnienie celowości odbycia ww. szkolenia:

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

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

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* **niepotrzebne skreślić**

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

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

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

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

**A)** Propozycje pracy pod warunkiem ukończenia wskazanego szkolenia (oświadczenie Pracodawcy o zamiarze zatrudnienia, stanowiące część II niniejszego wniosku): **TAK/NIE \***

**B)** Plany podjęcia działalności gospodarczej po ukończeniu ww. szkolenia (oświadczenie o planowanym rozpoczęciu działalności gospodarczej, poparte stosownym wpisem do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej z określonym (odległym) terminem jej  rozpoczęcia: **TAK/NIE\***

Oświadczam że **uczestniczyłem/am /nie uczestniczyłem/am\*** w szkoleniu finansowanym ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania z Powiatowego Urzędu Pracy w okresie ostatnich 3 lat.

Na szkolenie zostałem/am skierowany/a przez Powiatowy Urząd Pracy w ...............................................................................

Koszty szkolenia wyniosły...........................................................................

Oświadczam o **istnieniu / braku\*** bezpośrednich lub pośrednich powiązań z podmiotami wpisanymi na listę sankcyjną MSWiA zgodnie z Ustawą z 13 kwietnia 2022r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.

Świadomy/a odpowiedzialności za szkodę spowodowaną oświadczeniem niezgodnym z prawdą, oświadczam, że wszystkie dane zawarte w oświadczeniach są prawdziwe.

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

*Miejscowość, data Czytelny podpis Wnioskodawcy*

\* **niepotrzebne skreślić**

**OŚWIADCZENIE RODO**

W oparciu o art. 13 ust. 1 i ust. 2 Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. – RODO (Dz. Urz. UE L Nr 119 str. 1) zostałam(em) poinformowana(y), że:

1. administratorem danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy w Rudzie Śląskiej, reprezentujący Powiatowy Urząd Pracy w Rudzie Śląskiej, z siedzibą w Rudzie Śląskiej przy ul. Ballestremów 16,
2. kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych: iod@rudaslaska.praca.gov.pl,
3. dane są zbierane dla celów związanych z zadaniami wynikającymi z ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 2024r., poz. 475 z późn. zm.), tj. na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO,
4. odbiorcami danych będą podmioty uprawnione do ich pozyskiwania na podstawie przepisów prawa lub stosunków umownych (w tym: firma obsługująca system informatyczny Syriusz Std, Medycyna Pracy),
5. dane osobowe przechowywane będą na okres zgodny z obowiązującym rzeczowym jednolitym wykazem akt,
6. posiadam prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia (po upływie prawnego okresu ich przechowywania) lub ograniczenia przetwarzania (po upływie prawnego okresu ich przechowywania), prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych,
7. mam prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego,
8. mam obowiązek podania danych osobowych wynikający z Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14.04.2020r. w sprawie rejestracji bezrobotnych i poszukujących pracy (Dz. U. z 2020, poz. 667), wydanego na podstawie ustawy z dnia 20.04.2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
9. dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.

……………………………………………

(Czytelny podpis Oświadczającego)

**CZĘŚĆ II – wypełnia Pracodawca**

**OŚWIADCZENIE**

**PRACODAWCY O ZAMIARZE ZATRUDNIENIA OSOBY BEZROBOTNEJ**

1. **Dane pracodawcy:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa pracodawcy |  |
| Adres siedziby i miejsce prowadzenia  działalności gospodarczej |  |
| REGON |  |
| NIP |  |
| telefon |  |
| inne |  |
| Imię i nazwisko osoby uprawnionej  do reprezentowania pracodawcy |  |

1. **Uprawdopodobnienie zatrudniania**

Oświadczam, że zamierzam zatrudnić Panią/Pana ………………………………………………………...... w okresie 14 dni

od dnia ukończenia szkolenia i uzyskania uprawnień/kwalifikacji w zakresie: ........................................................................

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

w ramach umowy o pracę w **pełnym/niepełnym\*** wymiarze czasu pracy (min. ½ etatu) przez okres co najmniej 6 miesięcy.

…………………………………………………… Pieczęć i podpis pracodawcy

**CZĘŚĆ III – wypełnia Doradca Zawodowy**

Opinia w zakresie:

* zasadności skierowania Wnioskodawcy na wybrane przez niego szkolenie
* dostępności aktualnych ofert pracy w zakresie wnioskowanego szkolenia
* możliwości pozyskania oferty pracy w zakresie wnioskowanego szkolenia
* możliwości aktywizacji osoby po zrealizowanym szkoleniu

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Opiniuję POZYTYWNIE / NEGATYWNIE\*

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

*Data i czytelny podpis*

*Doradcy Zawodowego*