



.....
miejsowość, data

IMIĘ I NAZWISKO											
PESEL											
ADRES ZAMIESZKANIA											
ADRES KORESPONDENCYJNY											
TELEFON											
NUMER DOKUMENTU STWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ (W PRZYPADKU CUDZOZIEMCA)											

Powiatowy Urząd Pracy w Starachowicach

Wniosek o skierowanie na szkolenie wskazane przez osobę uprawnioną
(WNIOSEK NALEŻY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE)

W celu podniesienia kwalifikacji zawodowych i innych kwalifikacji zwiększających szanse na uzyskanie zatrudnienia lub utrzymanie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej w przypadku:

- braku kwalifikacji zawodowych;
- konieczności zmiany lub uzupełnienia kwalifikacji;
- utraty zdolności do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie;
- braku umiejętności aktywnego poszukiwania pracy.*

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

wnioskuje o skierowanie na szkolenie:

.....
.....

(dokładna nazwa szkolenia)

I. Dotychczasowe kwalifikacje osoby wnioskującej o skierowanie na szkolenie:

Wykształcenie
(nazwa i rok ukończenia szkoły)

Zawód wyuczony

Posiadane uprawnienia

II. Załączniki, które należy dołączyć do wniosku:

1.a Oświadczenie przysłanego pracodawcy o zamiarze powierzenia osobie uprawnionej pracy odpowiedniej

<input type="checkbox"/>

1.b Oświadczenie o zamiarze podjęcia działalności gospodarczej

<input type="checkbox"/>

1.c Inny dokument potwierdzający celowość skierowania na szkolenie**

<input type="checkbox"/>

2. Dodatkowe informacje dotyczące szkolenia wskazanego przez osobę uprawnioną

Dotychczasowe uczestnictwo w szkoleniach organizowanych przez PUP: TAK NIE

jeżeli tak to proszę podać nazwa szkolenia i rok ukończenia szkolenia

.....
Czy po ukończonym szkoleniu podjął Pan/Pani zatrudnienie TAK NIE

* proszę postawić znak X w odpowiednim okienku

** proszę postawić znak X w jednym z okienek 1-3 i przedłożyć odpowiedni załącznik



.....
miejsowość, data

OŚWIADCZENIE PRZYSZŁEGO PRACODAWCY O ZAMIARZE POWIERZENIA OSOBIE
UPRAWNIONEJ PRACY ODPOWIEDNIEJ

.....
nazwa firmy
.....
adres
.....
tel. kontaktowy
.....
NIP
.....
REGON

Powiatowy Urząd Pracy w Starachowicach
ul. Radomska 76
27-200 Starachowice

Zobowiązuję się zatrudnić po ukończonym szkoleniu

.....
(nazw szkolenia)

Panią/ Pana.....

zam.....

na stanowisku

na okres..... w terminie 30 dni od daty ukończenia szkolenia.

.....
(podpis i pieczęć pracodawcy)



OŚWIADCZENIE O ZAMIARZE PODJĘCIA/WZNOWIENIA* DZIAŁALNOŚCI
GOSPODARCZEJ PO ZAKOŃCZENIU SZKOLENIA

Starachowice, dnia.....

Imię i nazwisko.....

Adres

tel.....

Oświadczam, że po zakończeniu szkolenia

(nazwa szkolenia)

zamierzam podjąć/wznowić* działalność gospodarczą **z własnych środków finansowych** w okresie **do 30 dni** od dnia zakończenia szkolenia lub uzyskania pozytywnego wyniku egzaminu jeśli był przewidziany jako potwierdzenie uzyskanych nowych kwalifikacji.

1. Krótki opis planowanej działalności gospodarczej (rodzaj, PKD, miejsce prowadzenia):

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

2. Planowany termin rozpoczęcia działalności gospodarczej:

***niepotrzebne skreślić**

.....

(podpis osoby uprawnionej)



Dodatkowe informacje dotyczące szkolenia wskazanego przez osobę uprawnioną

I. Nazwa i termin szkolenia

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

**II. Nazwę i adres wskazanej instytucji szkoleniowej
NIP / Numer w rejestrze instytucji szkoleniowych (RIS)**

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

III. Koszt szkolenia

.....

IV. Inne informacje o wskazanym szkoleniu, które osoba wnioskująca uzna za istotne

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

.....
(podpis osoby uprawnionej)