Załącznik nr 1 do Zasad organizowania szkoleń grupowych przez PUP w Sosnowcu ****

**POWIATOWY URZĄD PRACY**

**ul. Rzeźnicza12, 41-200 Sosnowiec**

**KARTA KANDYDATA NA SZKOLENIE GRUPOWE**

**Nazwa wnioskowanego kierunku szkolenia………………………………………………………………………………..**

**Część I. DANE WNIOSKODAWCY**

 Imię i nazwisko……………………………………………………………………………………………………………………

1. Pesel………………………………………………………………………………………………………………………….
2. Adres zamieszkania:……………………………………………………………………………………………………….....
3. Adres korespondencyjny, jeśli jest inny niż zameldowania:…………………………………………………………………
4. Nr telefonu: stacjonarny………………………… lub komórkowy…………………………………………………………
5. Poziom wykształcenia:
* gimnazjalne i poniżej
* zasadnicze zawodowe
* średnie ogólnokształcące
* średnie zawodowe
* policealne
* wyższe
1. Zawód wyuczony:…………………………………………………………………………………………………………….

- wykonywany najdłużej i okres zatrudnienia w tym zawodzie……………………………………………………………...

- wykonywany inny niż wyuczony i okres zatrudnienia w tym zawodzie…………………………………………………...

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

1. Posiadane uprawnienia, kwalifikacje, certyfikaty umiejętności:…………………………………………………………….

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

1. Dodatkowe umiejętności……………………………………………………………………………………………………...

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

1. Posiadanie przeciwwskazań zdrowotnych do pracy: TAK NIE (właściwe zaznaczyć)

Jeśli TAK proszę wpisać jakie:…………..…………………………………………………………………………………..

1. **Uzasadnienie celowości** Należy wykazać czy istnieje konieczność uzyskania zmiany, podwyższenia kwalifikacji zawodowych, lub

czy w skutek utraty zdolności do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie konieczne jest przekwalifikowanie zawodowe. Należy wskazać aktualne oferty pracy zawodzie zgodnym z kierunkiem szkolenia oraz szanse na podjęcie zatrudnienia.

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

**Oświadczenie Wnioskodawcy:**

**Niniejsze oświadczenie składam pod rygorem odpowiedzialności za szkodę spowodowaną fałszywym oświadczeniem.**

1. *Właściwe zaznaczyć*:
* **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 w okresie ostatnich 3 lat na

podstawie skierowania z Powiatowego Urzędu Pracy w …………………………………………………………………….

- nazwa szkolenia……………………………………………………………………………………………………………..

- termin realizacji……………………………………………………………………………………………………………..

- koszt szkolenia………………………………………………………………………………………………………………

1. Wszystkie dane i informacje zawarte w niniejszej karcie są zgodne z prawdą.
2. W okresie ostatnich 3 lat na podstawie skierowania urzędu pracy nie uczestniczyłam/łem w szkoleniach, których koszty przekraczały dziesięciokrotność minimalnego wynagrodzenia za pracę.
3. Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby przez Powiatowy Urząd Pracy w Sosnowcu, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji oraz trybu i sposobów prowadzenia usług rynku pracy, a także przeprowadzenia po ukończeniu szkolenia badań dotyczących skuteczności tej formy aktywizacji zawodowej.
4. Poinformowano mnie, że zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy osoba która odmówiła przyjęcia propozycji szkolenia albo przerwała je bez uzasadnionej przyczyny bądź po skierowaniu nie podjęła szkolenia, traci status osoby bezrobotnej na okres 120 dni w przypadku pierwszej odmowy/przerwania/niepodjęcia, 180 dni w przypadku drugiej odmowy/przerwania/niepodjęcia, 270 dni w przypadku trzeciej i każdej kolejnej odmowy/przerwania/niepodjęcia, chyba, że powodem odmowy /przerwania/niepodjęcia było podjęcie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej.
5. Przyjmuję do wiadomości, że złożenie wniosku nie zwalnia mnie z obowiązku stawiania się na wyznaczone w Urzędzie wizyty.
6. Poinformowano mnie, że osoba, która z własnej winy nie ukończy szkolenia lub nie przystąpi do egzaminu niezbędnego do uzyskania kwalifikacji/uprawnień, jest zobowiązana do zwrotu kosztów szkolenia z wyjątkiem sytuacji, gdy powodem nieukończenia szkolenia było podjęcie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej.

**Przejmuję do wiadomości, iż złożenie karty kandydata na szkolenie nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem na szkolenie grupowe. Zapoznałem (am) się i akceptuję Zasady organizacji szkoleń w Powiatowym Urzędzie Pracy w Sosnowcu.**

 ………………………………………….

 podpis Kandydata na szkolenie

**Na okoliczność potwierdzenia celowości wnioskowanego szkolenia w załączeniu przedkładam:**

* „Oświadczenie pracodawcy o zamiarze zatrudnienia osoby po ukończeniu szkolenia” zgodne z obowiązującym wzorem (Formularz A)
* „Oświadczenie o zamiarze podjęcia działalności gospodarczej po ukończeniu szkolenia” zgodne z obowiązującym wzorem (Formularz B) wraz z charakterystyką planowanej działalności
* Inne ……………………………………………………………………………………………………………………………..

*(w przypadku zaznaczenia pozycji „Inne” należy wpisać rodzaj, nazwę lub opis przedłożonego dokumentu)*

**UWAGA: Po wypełnieniu karty kandydata w części I należy zgłosić się do właściwego doradcy klienta, który wypełnia cz. II karty kandydata**

**Część II**

***WYPEŁNIA DORADCA KLIENTA:***

* **Imię i nazwisko Wnioskodawcy:**………………………………………………………………………………………………..
* Data ostatniej rejestracji: …………………………………………………………………………………………………………
* **Status:**
* Bezrobotny
* Poszukujący pracy
* **Prawo do zasiłku:**
* TAK – w terminie od ……………… do ………………..……………..………………………………………….
* NIE
* RENTA SZKOLENIOWA – w terminie od ……….….do ……………….………………………………………
* **Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:**
* TAK
* NIE
* **Profil pomocy:**
* Profil pomocy I

Uzasadnienie skierowania na szkolenie …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Profil pomocy II

Zgodność wnioskowanego wsparcia z założeniami Indywidualnego Planu Działania (IPD)

* TAK – wnioskowane szkolenie jest zgodne z założeniami IPD
* NIE – wnioskowane szkolenie nie jest zgodne z założeniami IPD
* **Dotychczasowe uczestnictwo w szkoleniach i innych formach aktywizacji organizowanych przez PUP w okresie ostatnich 3 lat:**

Czy Kandydat do tej pory uczestniczył w szkoleniu indywidualnym lub grupowym ?

* TAK
* NIE

*(W przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK)*

Czy po ukończeniu szkolenia doszło do podjęcia zatrudnienia lub działalności gospodarczej?

* TAK
* NIE

Czy Kandydat do tej pory korzystał z innych form wsparcia?

* TAK *(jakich)* ……………………………………………………………………………………………….
* NIE

*(W przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK)*

Czy po ukończeniu aktywizacji Kandydat podjął zatrudnienie lub działalność gospodarczą?

* TAK
* NIE
* Aktywność Kandydata w zakresie poszukiwania zatrudnienia:
* Wysoka
* Przeciętna
* Niska
* **Zgodność kierunku wnioskowanego szkolenia z wykształceniem posiadanym przez Kandydata:**
* TAK
* NIE

*(W przypadku przedłożenia formularza A)*

**- Zgodność zakresu wnioskowanego szkolenia z kierunkiem poszukiwanego zatrudnienia lub planowanego samozatrudnienia:**

* TAK
* NIE

*(W przypadku przedłożenia Formularza B)*

**-Zgodność zakresu wnioskowanego szkolenia z zakresem planowanej działalności gospodarczej:**

* TAK
* NIE
* **Inne istotne dla oceny wniosku informacje przekazywane przez Kandydata w trakcie rozmowy z doradcą klienta:**

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

**OGÓLNA OPINIA DORADCY KLIENTA DOTYCZĄCA ZASADNOŚCI SKIEROWANIA NA SZKOLENIE**

* **POZYTYWNA**
* **NEGATYWNA**

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

………………………………….

 Podpis doradcy klienta

**Część III**

***WYPEŁNIA SPECJALISTA DS. ROZWOJU ZAWODOWEGO:***

**- Nazwa szkolenia** :

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

**OCENA FORMALNA WNIOSKU DOTYCZACA PODJĘCIA WNIOSKOWANEGO SZKOLENIA**

**- Przeciwwskazania formalne do udziału w szkoleniu:**

* TAK *(jakie)* ………………………………………………..………………………………………………………………..
* NIE

**- Czy przed podjęciem szkolenia zachodzi konieczność skierowania na badania lekarskie?**

* TAK *(jakie)* ………………………………………………..………………………………………………………………..
* NIE

**- Dodatkowe uwagi:**

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

**- Czy zachodzi konieczność skierowania do doradcy zawodowego?**

* TAK
* NIE

*(W przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK należy przejść do cz. IV wniosku)*

 …………………………………………………………….

 Podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego

**Część IV**

***WYPEŁNIA DORADCA ZAWODOWY:***

* **Opinia doradcy zawodowego:**

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

……………………..………………………

 podpis doradcy zawodowego