|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rejestr wniosków nr………………...…/2025** | **Pieczęć i data wpływu wniosku****(*wypełnia Powiatowy Urząd Pracy*)** | **Starosta Lubański****za pośrednictwem****Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Lubaniu****ul. Lwówecka 10,59-800 Lubań** |

**□ WNIOSEK\*/ *□*KOREKTA \*–**dotyczy części, punktów, załączników………..………………..………**\* *należy zaznaczyć „X” we właściwym kwadracie****.*

*W przypadku zaznaczenia opcji KOREKTA należy wpisać, których części i punktów lub załączników dotyczy.*

## W N I O S E K

# O SKIEROWANIE NA WYBRANE SZKOLENIE

# (ZŁOŻENIE WNIOSKU NIE ZWALNIA Z OBOWIĄZKU UTRZYMYWANIA KONTAKTU Z URZĘDEM PRACY)

*Podstawa prawna: art. 99 ust. 1 pkt. 1) ustawy z dnia 20 marca 2025 o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025r., poz. 620) oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014r. w sprawie szczegółowych warunków oraz trybu i sposobów prowadzenia usług rynku pracy (Dz.U. z 2014r., poz 667).*

# Pouczenie:

1. W celu właściwego wypełnienia wniosku, prosimy o staranne jego przeczytanie.

2. Wniosek należy wypełnić czytelnie oraz nie należy usuwać i modyfikować elementów wniosku.

3. Złożenie wniosku nie gwarantuje sfinansowania kosztów szkolenia.

4. Od negatywnego stanowiska Powiatowego Urzędu Pracy nie przysługuje odwołanie.

5. Złożony wniosek wraz z załącznikami nie podlega zwrotowi.

## NAZWA WNIOSKOWANEGO SZKOLENIA

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

## DANE WNIOSKODAWCY

1. imię i nazwisko ………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. adres korespondencyjny (w przypadku cudzoziemca adres zamieszkania) …………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………
3. PESEL …………………………………………..……… *w przypadku cudzoziemca nr dokumentu potwierdzającego tożsamość* ……………………………………………...
4. nr telefonu ……………………………..………………, e-mail: ………………………………………………………………………………
5. status: ☐osoba bezrobotna ☐osoba poszukująca pracy
6. poziom wykształcenia \*):

☐gimnazjalne i poniżej

☐zasadnicze zawodowe

☐policealne i średnie zawodowe

☐średnie ogólnokształcące

☐wyższe

1. zawód wyuczony………………………………………………………………………………..………………………………………………
2. orzeczenie o stopniu niepełnosprawności\*) Tak ☐ Nie ☐

Jeżeli TAK, proszę podać od kiedy ……………………………………………………………………

1. dodatkowe informacje, w tym posiadane uprawnienia, certyfikaty, ukończone szkolenia:

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

\*) - zaznaczyć właściwe znakiem „**X**”

## UZASADNIENIE CELOWOŚCI SKIEROWANIA NA W/W szkolenie (należy wykazać w jaki sposób nabycie wiedzy, umiejętności lub kwalifikacji poprzez udział w szkoleniu zwiększy Pana/ Pani szanse na podjęcie i utrzymanie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej, wskazać aktualne oferty pracy w zawodzie zgodnym z kierunkiem szkolenia):

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

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

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

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

## INFORMACJA O WYBRANYM SZKOLENIU I PROPONOWANEJ INSTYTUCJI SZKOLENIOWEJ

##### Nazwa szkolenia: …………….…………………………………………………………………………………

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

##### Planowany termin realizacji szkolenia: …………………………………………………………………………………………………………….………

##### Nazwa i adres instytucji szkoleniowej, nr NIP lub nr REGON ………………….…………………………

##### ……………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………

##### Koszt szkolenia: ………………………………………..………………………………………………………

##### Inne informacje o wskazanym szkoleniu (w tym np. liczba godzin zegarowych szkolenia, miejsce realizacji, uzasadnienie wyboru instytucji szkoleniowej oraz inne istotne informacje mające wpływ na sposób rozpatrzenia wniosku) …………………………..……………………………………………………

##### ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

##### Forma realizowania szkolenia:

#####   stacjonarnie;  za pomocą środków komunikacji elektronicznej;  hybrydowo;

#####

##### **Przyjmuje do wiadomości, że decyzję o wyborze instytucji szkoleniowej, podejmuje ostatecznie Starosta w imieniu którego działa Dyrektor PUP w Lubaniu.**

#####  ………………………………………………

#####  (data i podpis wnioskodawcy)

##### UWAGA: Proponowana instytucja szkoleniowa musi posiadać wpis do Rejestru Instytucji Szkoleniowych aktualny na dany rok kalendarzowy numer ………………………………………. lub posiada wpis do *Bazy Usług Rozwojowych (BUR), z dnia …………………………………….. numer ……………………………………………………….*

##### **Oświadczam, że:**

W okresie ostatnich trzech lat

☐ **nie uczestniczyłem/am** ☐ **uczestniczyłem/am\***

w szkoleniu/ach, studiach podyplomowych lub egzaminach finansowanych przez Powiatowy Urząd

Pracy w: ……………………………………………………………………………………..………………………………………………………..…………..……

 (nazwa miejscowości)

POUCZENIE:

- Starosta, na wniosek bezrobotnego lub poszukującego pracy, może sfinansować wybrane przez niego szkolenie, jeżeli bezrobotny lub poszukujący pracy uzasadni celowość tego szkolenia, a koszty należne instytucji szkoleniowej w części finansowanej przez starostę nie przekroczy 300% przeciętnego wynagrodzenia.

- Łączne koszty należne:

* instytucjom szkoleniowym,
* organizatorom studiów podyplomowych,
* instytucjom potwierdzającym nabycie wiedzy i umiejętności,
* instytucjom pobierającym opłaty za postępowanie nostryfikacyjne albo postępowanie w sprawie potwierdzenia ukończenia studiów na określonym poziomie,
* instytucjom pobierającym opłaty za przeprowadzenie postępowania i wydanie decyzji w sprawie uznania kwalifikacji zawodowych do wykonywania zawodu regulowanego albo do podejmowania lub wykonywania działalności regulowanej,

nie mogą przekroczyć 450% przeciętnego wynagrodzenia na jedną osobę w okresie kolejnych 3 lat.

- Zgodnie z art. 109 ust. 1 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia, osoba, która z własnej winy nie podjęła lub nie ukończyła szkolenia, zwraca sfinansowane z Funduszu Pracy koszty należne instytucji szkoleniowej oraz koszty badań lekarskich lub psychologicznych, ubezpieczenia NNW, przejazdu i zakwaterowania, o ile zostały poniesione. Zwrot kosztów nie stosuje się w przypadku, gdy przyczyną niezrealizowania działań, było podjęcie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub prowadzenie działalności gospodarczej, **trwające co najmniej miesiąc.**

##### **W załączeniu przedkładam\*):**

deklaracja pracodawcy o zamiarze zatrudnienia osoby uprawnionej po ukończeniu szkolenia;

 oświadczenie dotyczące przyszłej działalności gospodarczej.

**OŚWIADCZAM, ŻE:**

1. Wszystkie dane i informacje zawarte w powyższym Wniosku są zgodne z prawdą;
2. **Zapoznałem/zapoznałam się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych
w Powiatowym Urzędzie Pracy w Lubaniu dostępnej** [**https://luban.praca.gov.pl/urzad/ochrona-danych-osobowych**](https://luban.praca.gov.pl/urzad/ochrona-danych-osobowych) **oraz w siedzibie urzędu (art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.)**

**Załączniki do wniosku** (właściwe zaznaczyć):

[ ] Uzasadnienie celowości szkolenia – zgłoszenie pracodawcy lub przedsiębiorcy.

[ ] Oświadczenie o zamiarze podjęcia własnej działalności gospodarczej.

[ ] Informacja o wybranym szkoleniu i proponowanej instytucji szkoleniowej

[ ] W przypadku kursów prawa jazdy do wniosku dołączam kserokopię aktualnie posiadanego prawa jazdy

……………………….., dnia……………………………………………… …….…………………………………………………..…………………

**(miejscowość)****(czytelny podpis Wnioskodawcy)**

\*) - zaznaczyć właściwe znakiem „**X**”

##### **DEKLARACJA PRACODAWCY O ZAMIARZE ZATRUDNIENIA OSOBY UPRAWNIONEJ PO ZAKOŃCZENIU SZKOLENIA**

Nazwa pracodawcy: ………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………Adres siedziby: ...................................................................................................................................................................................................................

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

NIP …………………………………………………………….………………………… REGON …………….………………..………………………………...……

Numer telefonu: .................................................................................. e-mail: ...........................................................................................................

Nazwiska i imiona oraz stanowiska służbowe osób upoważnionych do reprezentowania pracodawcy:............................................................................................................................................................................................................................Oświadczam, iż zatrudnię Pana / Panią: .......................................................................................................................................................

zamieszkałego/łą: .............................................................................................................................................................................................................

na stanowisku: ...................................................................................................................................................................................................................

w ciągu 2 miesięcy po ukończeniu szkolenia lub uzyskaniu uprawnień na okres minimum
90 dni, na podstawie .......................................................................................................................................................[[1]](#footnote-1),
w ……………………………………………………………………...…………………… [[2]](#footnote-2)wymiarze czasu pracy.

*.....................................................................................................................*

(pieczęć imienna i podpis pracodawcy lub osób upoważnionych do reprezentacji)

##### **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PRZYSZŁEJ DZIAŁALNOŚCI**

Oświadczam, iż podejmę działalność gospodarczą w terminie do …………………………………………… od uzyskania uprawnień ……………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………

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

(nazwa kwalifikacji, uprawnień)

**Informacje na temat działalności jaką zamierzam podjąć:**

1. Rodzaj planowanej działalności: ……………………………………………………………………….…………………………………………….
2. Numer PKD planowanej działalności: ……………………………………………………………………………….……………………………

Charakter przyszłej działalności (krótki opis) …………………………………………………………………..…………………………………….

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

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

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

…….………………………………..……………………………………

(podpis osoby uprawnionej do szkolenia)

1. umowa o pracę, umowa o dzieło, umowa zlecenie [↑](#footnote-ref-1)
2. pełny, niepełny (w przypadku niepełnego wymiaru czasu wskazać dokładną wielkość etatu) [↑](#footnote-ref-2)