Powiatowy Urząd Pracy w Mińsku Mazowieckim

ul. Przemysłowa 4

05 – 300 Mińsk Mazowiecki

tel. 25 759 27 13 tel./faks 25 758 28 54

*www.minskmazowiecki.praca.gov.pl e-mail:wami@praca.gov.pl*

…………………………………………………………

(miejscowość, data)

**Starosta Miński**

**za pośrednictwem**

**Powiatowego Urzędu Pracy**

**w Mińsku Mazowieckim**

# WNIOSEK

**osoby uprawnionej o skierowanie na szkolenie**

Na podstawie art. 40 ust. 3 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2023 r. poz. 735 z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji oraz trybu i sposobów prowadzenia usług rynku pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 667) **wnioskuję o skierowanie na szkolenie:**

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

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

(nazwa szkolenia)

**I**. **DANE WNIOSKODAWCY:**

1. Imię i nazwisko: .……...………...……………………………………………………..…….……………………………………………..............

2. Nr PESEL (w przypadku cudzoziemca nr dokumentu tożsamości): ..…………………….……………………………………….

3. Adres zamieszkania: ..…………………………………………………………………………………………………………………………………..

4. Telefon kontaktowy: …………………………………………………………… e - mail: ……………………………………………………….

**II.** **INFORMACJE DOTYCZĄCE SZKOLENIA:**

1. Organizator szkolenia: …………………………………………………………………………………….…………………………………………..

2. Adres: ………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………

3. Termin: ………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………

4. Koszt: ……………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………

5. Miejsce szkolenia/szkolenie online: ……………………………………………………………………………….…………………………..

Uzasadnienie celowości szkolenia oraz istotne informacje o wskazanym szkoleniu: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………...………………………..….……………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………..…..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że w okresie ostatnich trzech lat:\*

□ nie uczestniczyłem/am w szkoleniu finansowanym ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania   
z Powiatowego Urzędu Pracy,

□ brałem/am udział w szkoleniu: ……………………………………………………………………...................................................

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

łączna kwota kosztów poniesionych na moje szkolenia w ww. okresie wynosi: …………………...............................

Zapoznałem/am się z zasadami finansowania usług i instrumentów rynku pracy przez Powiatowy Urząd Pracy w Mińsku Mazowieckim w 2023 roku.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów wynikających z ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2023 r. poz. 735 z późn. zm. ) zgodnie z przepisami ustawy z 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781) oraz Rozporządzenia 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) RODO.

**Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy   
w Mińsku Mazowieckim znajduje się na stronie internetowej Urzędu, w zakładce Urząd, Ochrona danych osobowych.**

<https://minskmazowiecki.praca.gov.pl/urzad/ochrona-danych-osobowych/>

**Potwierdzam własnoręcznym podpisem wiarygodność informacji i oświadczeń zawartych we wniosku   
i załączonych do niego dokumentach.**

…………..............………………..

(czytelny podpis wnioskodawcy)

**Załączniki do wniosku:**

1. Opinia doradcy klienta.
2. Informacja o szkoleniu wskazanym przez wnioskodawcę.
3. Oświadczenie pracodawcy o zamiarze zatrudnienia osoby bezrobotnej po zakończeniu szkolenia.
4. Oświadczenie o zamiarze podjęcia działalności gospodarczej po zakończeniu szkolenia.
5. Oświadczenie o braku istnienia wykluczających powiązań.

\*Zgodnie z § 78 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie szczegółowych warunków realizacji oraz trybu i sposobów prowadzenia usług rynku pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 667) osoba może być skierowana na szkolenie po złożeniu oświadczenia o nieuczestniczeniu w szkoleniu finansowanym ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania   
z powiatowego urzędu pracy w okresie ostatnich 3 lat lub o udziale w takim szkoleniu w okresie ostatnich 3 lat i wskazaniu urzędu pracy, który wydał skierowanie jeśli łączna kwota środków na koszty szkolenia tej osoby nie może przekroczyć dziesięciokrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę na jedną osobę w okresie kolejnych trzech lat.

Załącznik nr 1

|  |
| --- |
| **Opinia doradcy klienta** |

1. Czy wnioskowane szkolenie jest zgodne z założeniami Indywidualnego Planu Działania:

□ TAK □ NIE

2. Osoba znajduje się w szczególnie trudnej sytuacji wg art. 49 ustawy:

* TAK
* bezrobotny do 30 roku życia,
* bezrobotny długotrwale,
* bezrobotny powyżej 50 roku życia,
* bezrobotny korzystający ze świadczeń pomocy społecznej,
* bezrobotny posiadający co najmniej jedno dziecko do 6 roku życia lub co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne do 18 roku życia,
* bezrobotny niepełnosprawny.
* NIE

3. Czy istnieje możliwość skierowania kandydata do pracy bez uprzedniego przeszkolenia:

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

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

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

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

1. Szkolenie ma na celu podniesienie kwalifikacji zawodowych i innych kwalifikacji zwiększających szanse na podjęcie lub utrzymanie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej, w szczególności w przypadku:

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

1. Konieczność skierowania na badania lekarskie do Medycyny Pracy

* TAK …………………………………………………………………………………..………………………………...
* NIE

1. Opinia o kierunku szkolenia: .................................................................................................................................................................................................

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

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

1. Szkolenie: □wskazane □niewskazane

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

(data i podpis doradcy klienta)

Stwierdzam, że kandydat spełnia/nie spełnia\* wymogi projektu POWER/RPO WM IV\* oraz może/nie może\* zostać skierowany na wnioskowane szkolenie w ramach tego projektu.

……………………………………………………………….

(data i podpis specjalisty ds. programów)

\*właściwe podkreślić

|  |
| --- |
| **Informacja o szkoleniu wskazanym przez wnioskodawcę** |

Załącznik nr 2

**UWAGA:** *Zgodnie z art. 43 ust. 1 pkt 29 lit. c ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U.   
z 2022 r. poz. 931 z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie zwolnień od podatku od towarów   
i usług oraz warunków stosowania tych zwolnień z 20 grudnia 2013 r. (Dz. U. z 2020 r. poz. 1983 z późn.zm.)* *od podatku od towarów i usług zwolnione zostały usługi kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania zawodowego, finansowane w co najmniej 70% ze środków publicznych oraz świadczenie usług i dostawę towarów ściśle z tymi usługami związane.*

**W 2023 roku Powiatowy Urząd Pracy w Mińsku Mazowieckim finansuje koszt szkolenia w 100% w przypadku szkoleń odbywających się poza miejscem zamieszkania osoby bezrobotnej lub w 90% w pozostałych przypadkach.   
W przypadku dofinansowania w wysokości 90%, pozostałe 10% kosztu szkolenia finansuje uczestnik szkolenia, który uzyska skierowanie na szkolenie.**

1. **Uczestnik szkolenia ………………………………………………………………………………………………………**
2. **Organizator szkolenia:**

1. Nazwa jednostki: …………………............................................................................................................................

2. Adres: …...……………………………………………………………………………………….…………………............................................

3. NIP …………………………..………. REGON …………………………… Nr PKD 2007…………...…….........................................

4. Nr rachunku bankowego: .…..…………………………………………………………………………..……........................................

5. Nr wpisu do Rejestru Instytucji Szkoleniowych: .….………………………………………………….………..............................

6. Osoba kontaktowa: …………………………………..…………………………… Nr telefonu: …...……….………………….…………....  
7. Adres e-mail: ………………………………..………………………….......................................................................................

8. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do podpisania umowy: ..........................................................................

…………………………………………………………….. stanowisko ………………………………………………………………………………………

1. **Informacje dotyczące szkolenia:**
2. Nazwa: …………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………
3. Zakres: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
4. Termin realizacji: od dnia ….….-……....-……………..r. do dnia ….….-……….-………....r.
5. Miejsce realizacji:

|  |  |
| --- | --- |
| **Miejsce realizacji** | |
| **zajęcia teoretyczne** | **zajęcia praktyczne** |
| adres: | adres: |

1. Liczba godzin:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liczba godzin zegarowych** | | |
| zajęcia teoretyczne | zajęcia praktyczne | ogółem |
|  |  |  |

Liczba godzin zegarowych szkolenia w poszczególnych miesiącach:

Pierwszy miesiąc: …..……………….. godz. Czwarty miesiąc: …….................. godz.

Drugi miesiąc: ……….................... godz. Piąty miesiąc: …..………................godz.

Trzeci miesiąc: ……...…….……………godz. Szósty szkolenia: ………................godz.

1. Wymagania wstępne dla uczestników (np. badania lekarskie, posiadanie prawa jazdy) …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

7. Cel szkolenia: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

8. Plan nauczania(może być dołączony w formie załącznika – musi uwzględniać terminy i godziny):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data zajęć** | **Godziny zajęć** | **Liczba godzin**  **zegarowych** | | **Opis treści szkolenia** |
| **teoria** | **praktyka** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **SUMA** |  |  |  |  |

1. Wykaz literatury oraz niezbędnych środków i materiałów dydaktycznych:

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

1. Całkowity koszt szkolenia na 1 osobę wynosi: n*etto* ………………… zł, *stawka VAT*: zwolniona, *brutto* ……………………… zł (słownie: ……………………………………………...................................................................................)
2. Koszt osobogodziny szkolenia: .................................. zł/ osobę.
3. Sprawdziany i egzaminy przewidziane w cenie szkolenia:

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

Egzamin zewnętrzny zostanie przeprowadzony w terminie 28 dni od dnia zakończenia szkolenia.

1. Dokumenty potwierdzające ukończenie szkolenia:

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

**Instytucja szkoleniowa oświadcza**, że (proszę o wykreślenie):

1. **posiada/nie posiada** uprawnienia do przeprowadzenia powyżej wskazanego szkolenia,
2. oferowany program szkolenia **wykorzystuje/nie wykorzystuje** modułowe programy szkoleń zawodowych zgodnie z ustawą o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
3. **posiada/nie posiada** certyfikat jakości usług,
4. **dysponuje/nie dysponuje** wykwalifikowaną kadrą dydaktyczną w zakresie wskazanego szkolenia,
5. wyposażenie dydaktyczne i pomieszczenia **spełniają/nie spełniają** warunki potrzebne do realizacji szkolenia.

**Ubezpieczenie uczestnika szkolenia od NNW** – osobom skierowanym na szkolenie, z wyjątkiem osób posiadających z tego tytułu prawo do stypendium, przysługuje prawo do odszkodowania z tytułu ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków powstałych w związku z kursem oraz w drodze do miejsca odbywania szkolenia i z powrotem, wypłacane przez instytucję ubezpieczeniową, w której te osoby zostały ubezpieczone. W przypadku kiedy osoba bezrobotna oświadczy, że w okresie odbywania szkolenia chce korzystać z prawa do zasiłku, instytucja szkoleniowa obejmuje umową ubezpieczeniową NNW uczestnika szkolenia, pokrywając jednocześnie jego koszty.

.......................…………………………

(czytelny podpis organizatora szkolenia)

Załącznik nr 3

........................……………………….

…………………………………….. (miejscowość, data)

(pieczęć firmowa)

Oświadczenie pracodawcy o zamiarze zatrudnienia

osoby bezrobotnej po zakończeniu szkolenia

Pełna nazwa pracodawcy: …………………………………………………………………………………………………………………

Pełny adres, telefon, e-mail: ……………………………………………………….........................................................

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

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

Osoba reprezentująca pracodawcę: ………………………………………………………………………………………………….

**Oświadczam, że zamierzam zatrudnić na podstawie umowy o pracę na co najmniej 2 miesiące**

**w pełnym wymiarze czasu pracy:**

Panią/Pana ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

**niezwłocznie po ukończeniu szkolenia** (nazwa szkolenia) ………………………………………………………………..

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

**nie później jednak niż do 30 dni od dnia zakończenia szkolenia lub egzaminu jeśli był przewidziany jako potwierdzenie uzyskanych nowych kwalifikacji,** **na stanowisku** (nazwa stanowiska) …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a o czasie trwania szkolenia oraz o możliwości zmiany wyznaczonej daty zatrudnienia w przypadku zmiany terminu szkolenia.

………………………………………………

(czytelny podpis pracodawcy lub osoby uprawnionej)

Załącznik nr 4

OŚWIADCZENIE O ZAMIARZE PODJĘCIA/WZNOWIENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ PO ZAKOŃCZENIU SZKOLENIA

Ja, …………………………………………………………………………………………………………..............................................

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

PESEL …………………………………………......

Oświadczam, że podejmę/wznowię\* działalność gospodarczą w okresie 30 dni od dnia ukończenia wnioskowanego szkolenia: ……...………………………....................................................................................

Rozpoczęcie deklarowanej działalności gospodarczej nie jest uzależnione od uzyskania środków na podjęcie działalności gospodarczej z Powiatowego Urzędu Pracy w Mińsku Mazowieckim.

W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, w dniu odbioru skierowania na szkolenie przedstawię w tut. Urzędzie wpis do CEiDG.

W przypadku niepodjęcia/niewznowienia działalności w terminie 30 dni niezwłocznie pisemnie poinformuję Powiatowy Urząd Pracy w Mińsku Mazowieckim o przyczynach nierozpoczęcia.

…………………………......................

(data, czytelny podpis wnioskodawcy)

\*właściwe podkreślić

Załącznik nr 5

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

(miejscowość, data)

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

(Wnioskodawca)

Oświadczenie

Oświadczam, że nie mam powiązań z osobami lub podmiotami wskazanymi na liście osób i podmiotów, względem których stosowane są środki sankcyjne, które znajdują się w załącznikach do regulacji unijnych[[1]](#footnote-1) oraz w aktualnym rejestrze zamieszczonym na stronie BIP MSWiA[[2]](#footnote-2) oraz nie znajduję się na żadnej z ww. list.

Oświadczam również, że przyznane środki w ramach wsparcia nie zostaną bezpośrednio lub pośrednio wykorzystane na rzecz osób prawnych, podmiotów lub organów wskazanych w art. 5l rozporządzenia Rady UE nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie.[[3]](#footnote-3)

Ponadto oświadczam, że nie mam powiązań z osobami i podmiotami dysponującymi środkami finansowymi, funduszami oraz zasobami gospodarczymi w rozumieniu Rozporządzenia Rady nr 765/2006   
z dnia 18 maja 2006 r. dotyczącego środków ograniczających wobec Białorusi lub Rozporządzenia Rady nr 269/2014 z dnia 17 marca 2014 r. w sprawie środków ograniczających w odniesieniu do działań podważających integralność terytorialną, suwerenność i niezależność Ukrainy lub im zagrażających, bezpośrednio lub pośrednio wspierającym:

- agresję Federacji Rosyjskiej na Ukrainę rozpoczętą w dniu 24 lutego 2022 r.,

- poważne naruszenia praw człowieka lub represje wobec społeczeństwa obywatelskiego i opozycji demokratycznej lub których działalność stanowi inne poważne zagrożenie dla demokracji lub praworządności w Federacji Rosyjskiej lub na Białorusi – lub bezpośrednio związanych z takimi osobami lub podmiotami,   
w szczególności ze względu na powiązania o charakterze osobistym, organizacyjnym, gospodarczym lub finansowym, lub wobec których istnieje prawdopodobieństwo wykorzystania w tym celu dysponowanych przez nie takich środków finansowych, funduszy lub zasobów gospodarczych.

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

(czytelny podpis wnioskodawcy)

1. https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A02014R0269-20220604 [↑](#footnote-ref-1)
2. https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami [↑](#footnote-ref-2)
3. „Zakazuje się udzielania bezpośredniego lub pośredniego wsparcia, w tym udzielania finansowania i pomocy finansowej lub przyznawania jakichkolwiek innych korzyści w ramach programu Unii, Euratomu lub krajowego programu państwa członkowskiego oraz umów w rozumieniu rozporządzenia (UE, Euratom) 2018/1046 (\*), na rzecz jakichkolwiek osób prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji, które w ponad 50 % są własnością publiczną lub są pod kontrolą publiczną.” [↑](#footnote-ref-3)