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 2022 r. poz. 690) 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 2022 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 2022 r. poz. 690), 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.

\*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, jeżeli łączna kwota środków na koszty szkolenia tej osoby nie przekracza 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 2021 r. poz. 685)*](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytinrugayts) *oraz rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług oraz warunków stosowania tych zwolnień (Dz.U. z 2020 r. poz.1983)* *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 2022 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. Maksymalna kwota dofinansowania przez Powiatowy Urząd Pracy w Mińsku Mazowieckim wynosi 10 000 zł.**

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. Nr faksu: ………………………………… 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 |
|  |  |  |

Przeciętna liczba godzin zegarowych szkolenia w tygodniu: ……………………….

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: ………………………………………………………………………………………………………………..

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 DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ   
PO ZAKOŃCZENIU SZKOLENIA

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

(imię i nazwisko wnioskodawcy)

PESEL…………………………………………......

Oświadczam, że podejmę 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 działalności w terminie 30 dni niezwłocznie, pisemnie poinformuję Powiatowy Urząd Pracy w Mińsku Mazowieckim o przyczynach nierozpoczęcia.

…………………………......................

(data, czytelny podpis wnioskodawcy)