



POWIATOWY URZĄD PRACY
w LUBLINIE Filia w Bychawie
ul. Mickiewicza 11, 23-100 Bychawa,
☎ 081 566-00-36,
☎ 081 566-02-89
REGON: 431214322 NIP: 712-25-25-279



CENTRUM
AKTYWIZACJI
ZAWODOWEJ

www.puplublin.pl e-mail: szkolenia.by@puplublin.pl; pupbychawa@puplublin.pl

Wniosek o skierowanie na szkolenie wskazane przez osobę uprawnioną

.....
imię i nazwisko Wnioskodawcy *data urodzenia*

/.....
PESEL *numer dokumentu stwierdzającego tożsamość (w przypadku cudzoziemca)*

..... -.....
adres zamieszkania *nr telefonu*

..... -.....
adres do korespondencji

..... *wykształcenie* *zawód wyuczony*

..... *zawody dotychczas wykonywane*

..... *dodatkowe kwalifikacje i uprawnienia zawodowe*

proponowany kierunek szkolenia

Uzasadnienie celowości odbycia w/w szkolenia:

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

A/ Propozycje pracy pod warunkiem ukończenia wskazanego szkolenia: TAK/NIE *

B/ Plany podjęcia działalności gospodarczej po ukończeniu w/w szkolenia: TAK/NIE*

W przypadku zaznaczenie odpowiedzi **TAK** wskazać propozycje pracy/podjęte działania:

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

Dołączam/nie dołączam* do wniosku informację o szkoleniu wskazanym przez osobę uprawnioną, uwzględniającą: nazwę i termin szkolenia, nazwę i adres wskazanej instytucji szkoleniowej, koszt szkolenia oraz inne istotne informacje o wskazanym szkoleniu.

Oświadczam, iż zapoznałam/zapoznałem się z *Regulaminem organizacji szkoleń dla osób bezrobotnych i innych uprawnionych osób w Powiatowym Urzędzie Pracy w Lublinie.*

....., dn.
Podpis Wnioskodawcy

* niepotrzebne skreślić

Opinia doradcy klienta:

- a. czy w chwili obecnej PUP posiada propozycje odpowiedniej pracy TAK/NIE *
- b. czy istnieje zapotrzebowanie na rynku pracy związane z wnioskowanym kierunkiem szkolenia TAK/NIE *
- c. urząd posiada/posiadał oferty pracy związane z wnioskowanym kierunkiem szkolenia TAK/NIE *

Status kandydata wg art. 49 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy:

.....

Data ostatniej rejestracji:..... Uprawnienia do zasiłku: TAK/NIE* Okres przysługiwania.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Szkolenie celowe/niecelowe*

.....

data i podpis doradcy klienta

II. Opinia specjalisty ds. rozwoju zawodowego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Szkolenie celowe/niecelowe*

.....

data i podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego

III. Decyzja Kierownika Filii Powiatowego Urzędu Pracy w Lublinie dotycząca sposobu rozpatrzenia wniosku:

.....

.....

.....

.....

data i podpis Kierownika Filii

* niepotrzebna skreślić