POWIATOWY URZĄD PRACY W GARWOLINIE

ul. Mazowiecka 26, 08-400 Garwolin
telefon.(25) 685-25-00;faks: (25) 682-17-87
NIP 826-140-57-40 REGON 710088531

www.garwolin.praca.gov.pl
sekretariat@pup.garwolin.pl

STAROSTA GARWOLIŃSKI
za pośrednictwem
POWIATOWEGO URZĘDU PRACY
w Garwolinie

W N I O S E K

o wydanie bonu szkoleniowego dla osoby bezrobotnej,
która nie ukończyła 30 roku życia

Zgodnie z art. 66k ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20 kwietnia 2004r (Dz. U. z 2019 r. poz. 1482 z późn. zm) wnioskuję o wydanie bonu szkoleniowego stanowiącego gwarancję skierowania na wskazane szkolenie oraz opłacenia kosztów, które zostaną poniesione w związku z podjęciem szkolenia.

I. INFORMACJA WNIOSKODAWCY:

Nazwisko ..... Imię .....

Data i miejsce urodzenia .....

Numer PESEL* .....

Adres zamieszkania.....

Nr telefonu.....

Wykształcenie.....

Zawód wyuczony.....

Zawód dotychczas wykonywany.....

Posiadane uprawnienia: ……..

Dodatkowe umiejętności: ……...……

…….....…….

<u>Uzasadnienie celowości przyznania bonu szkoleniowego::</u>

....……

…….

.....……

……...……

……..……

<u>Oświadczam, że w okresie ostatnich 3 lat:</u>

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

nazwa szkolenia: …….

…….

koszt szkolenia: ……..

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

…….

<u>INFORMACJA O WNIOSKOWANYM SZKOLENIU</u>

Nazwa szkolenia: ……...……...

Termin realizacji szkolenia: …….....

Nazwa instytucji szkoleniowej: …….....

Inne istotne informacje dotyczące wnioskowanego szkolenia:

…….....…….....

.....…….....…

..…….....……

..…….....

UWAGA! Powiatowy Urząd Pracy może zawrzeć umowę tylko z instytucją szkoleniową, która jest wpisana do Rejestru Instytucji Szkoleniowych prowadzonego przez Wojewódzki Urząd Pracy właściwy ze względu na siedzibę instytucji szkoleniowej

Złożenie wniosku o przyznanie bonu szkoleniowego nie gwarantuje jego wydania.

……

Data i podpis wnioskodawcy

I. KOSZTY SZKOLEŃ

2. Nazwa szkolenia: …….....

Termin realizacji szkolenia: …….

Liczba godzin szkolenia: …….

Nazwa i adres instytucji szkoleniowej: ……

……...

5. Koszt szkolenia: ……...

6. Inne istotne informacje dotyczące wnioskowanego szkolenia: ……

……...

……...

KOSZTY SZKOLEŃ

1. Nazwa szkolenia: …….....

Termin realizacji szkolenia: …….

Liczba godzin szkolenia: …….

Nazwa i adres instytucji szkoleniowej: ……

……...

5. Koszt szkolenia: ……...

6. Inne istotne informacje dotyczące wnioskowanego szkolenia: ……

……...

……...

II. KOSZTY BADAŃ LEKARSKICH I/LUB PSYCHOLOGICZNYCH

Całkowity koszt niezbędnych badań lekarskich lub psychologicznych…….

……

III. KOSZTY PRZEJAZDU NA SZKOLENIE

Oszacowane koszty przejazdu: …….

IV. KOSZTY ZAKWATEROWANIA

Oszacowane koszty zakwaterowania:…….

V. KOSZT OGÓŁEM …….

……

Data, podpis i pieczątka pracownika PUP

ADNOTACJE Powiatowego Urzędu Pracy

I. **Opinia doradcy klienta** dotycząca celowości przeszkolenia kandydata pod kątem realizacji indywidualnego planu działania oraz predyspozycji zawodowych i preferowanym kierunku szkolenia.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

....

/data/ /podpis/

Opinia specjalisty ds. rozwoju zawodowego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

….....

data, podpis i pieczątka specjalisty ds. rozwoju zawodowego

Załącznik do wniosku
o wydanie wniosku szkoleniowego

Oświadczenie

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za fałszywe zeznania, który mówi „Kto składając zeznanie mające służyć jako dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3” oświadczam, że:

zatrudnię lub powierzę inną pracę zarobkową (umowa zlecenie, umowa o dzieło) osobie bezrobotnej skierowanej na szkolenie

Pana/Panią: …….....

PESEL……. na stanowisku / w zawodzie: ……

……

po ukończeniu szkolenia/ zdaniu egzaminu:

…….....

…….……

Przewidywany termin zatrudnienia*: ……..

Forma zatrudnienia …….

na okres .....

……
Podpis pracodawcy / osoby umocowanej
do składania oświadczeń w imieniu pracodawcy

*Przewidywany termin zatrudnienia powinien zawierać się w okresie 90 dni od zakończenia szkolenia lub zdania egzaminu