



POWIATOWY URZĄD PRACY W KUTNIE



Załącznik nr 2 do wniosku

Kutno, dnia

KARTA KANDYDATA NA WYBRANE SZKOLENIE

Część 1. Wypełnia kandydat na szkolenie

1. Imię i nazwisko
2. PESEL¹
3. Adres zamieszkania
4. Adres do **doręczeń**
5. Telefon kontaktowy
6. Adres elektroniczny
7. Adres e-doręczeń
8. Wykształcenie
9. Zawód wyuczonystaż pracy.....
10. Zawód wykonywany (najdłużej).....staż pracy.....
11. Posiadane dodatkowe uprawnienia.....
.....
12. Posiadane dodatkowe umiejętności
-
13. **Nazwa kierunku szkolenia, o które ubiega się kandydat**
.....
.....
14. Uczestnictwo w szkoleniach ze środków zewnętrznych organizowanych przez inny podmiot niż powiatowy urząd pracy np. EFS.....

.....
(data i podpis wnioskodawcy)

¹ W przypadku jego braku rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość

OPINIA SPECJALISTY DS. ROZWOJU ZAWODOWEGO

1. Skierowanie na szkolenie z inicjatywy:
 - Starosty,
 - Kandydata na wybrane przez niego szkolenie.
2. Kandydat wnioskuje o szkolenie z powodu:
 - pomocy w nabywaniu wiedzy, umiejętności lub kwalifikacji do wykonywania pracy,
 - pomocy w nabywaniu wiedzy i umiejętności w poszukiwaniu pracy.
3. Czy kandydat na szkolenie z własnej winy przerwał i nie ukończył szkolenia finansowanego ze środków Funduszu Pracy? TAK/NIE*
4. Czy wnioskodawca jest osobą będącą w szczególnej sytuacji na rynku pracy zgodnie z art. 69 ustawy o rynku pracy i służbach zatrudnienia:
 - TAK
 - bezrobotny posiadający Kartę Dużej Rodziny,
 - bezrobotny powyżej 50 roku życia
 - bezrobotny bez kwalifikacji zawodowych,
 - bezrobotny niepełnosprawny,
 - długotrwale bezrobotny,
 - bezrobotnym i poszukującym pracy, będącym osobami do 30 roku życia,
 - bezrobotnym samotnie wychowującym co najmniej jedno dziecko.
 - NIE
5. Czy kandydat uczestniczył w okresie ostatnich 3 lat w formach pomocy na podstawie skierowania z Urzędu Pracy lub podpisanej umowy z Urzędem Pracy w okresie ostatnich 3 lat - TAK/NIE*, jeżeli TAK, to proszę podać nazwę, termin i nazwę formy pomocy oraz zatrudnienie po ukończonym szkoleniu:

Termin realizacji formy pomocy od.....	Termin realizacji formy pomocy do	Nazwa formy pomocy	Koszt sfinansowanej formy pomocy	Termin zatrudnienia po zakończeniu sfinansowanej formy pomocy	Nazwa urzędu, który wydał skierowanie

*właściwe podkreślić

Dodatkowe uwagi/informacje

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

.....
(data, pieczęć i podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego)