

Wniosek o przyznanie osobie bezrobotnej do 30 roku życia bonu szkoleniowego

.....
Imię i nazwisko Wnioskodawcy, numer PESEL, w przypadku cudzoziemca numer dokumentu stwierdzającego tożsamość

.....
Adres zamieszkania, nr telefonu

.....
Wykształcenie, zawód wyuczony, ukończone szkolenia zawodowe

.....
.....
.....
Nazwa szkolenia (szkoleń) w ramach bonu szkoleniowego

I. UZASADNIENIE CELOWOŚCI PRYZNANIA BONU SZKOLENIOWEGO:

1. Czy posiada Pan(i) możliwość podjęcia zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej, pod warunkiem ukończenia wskazanego szkolenia? **TAK – NIE***
Jeżeli tak, to proszę załączyć oświadczenie pracodawcy o zamiarze zatrudnienia po ukończeniu wskazanego szkolenia.
2. Czy zamierza Pan(i) podjąć działalność gospodarczą po ukończeniu wskazanego szkolenia? **TAK – NIE***

Oświadczam, że zamierzam podjąć działalność gospodarczą w terminiepo ukończenia wnioskowanego szkolenia.

Rozpoczęcie deklarowanej działalności gospodarczej **nie jest/jest*** uzależnione od uzyskania jednorazowych środków na podjęcie działalności gospodarczej z Powiatowego Urzędu Pracy w Świdniku.

Rodzaj przedsięwzięcia (krótki opis przyszłej działalności oraz działań podjętych w celu jej uruchomienia):

.....
.....
.....
.....
.....
numer PKD.....

nazwa wg PKD.....

Oświadczam, iż znane są mi zasady *Regulaminu organizacji szkoleń, dofinansowania kosztów studiów podyplomowych, przyznawania bonów szkoleniowych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Świdniku*

Świdnik, dn.

.....
podpis Wnioskodawcy

II. OPINIA DORADCY KLIENTA:

1. Forma pomocy zaplanowana w IPD: **TAK – NIE***

*Opiniuję : pozytywnie / negatywnie**

.....
data i podpis doradcy klienta

III. OPINIA DORADCY ZAWODOWEGO O PREDYSPOZYCJACH ZAWODOWYCH

.....
.....
.....
*Opiniuję : pozytywnie / negatywnie**

.....
Data i podpis doradcy zawodowego

Konieczność skierowania na specjalistyczne badania lekarskie / psychologiczne*: **TAK – NIE***
Osoba zdolna / niezdolna* do wykonywania pracy na wskazanym w skierowaniu stanowisku

.....
Data i podpis doradcy zawodowego

IV. OPINIA SPECJALISTY DS. ROZWOJU ZAWODOWEGO DOTYCZĄCA CELOWOŚCI SZKOLENIA:

.....
.....
.....
.....
*Opiniuję: pozytywnie / negatywnie**

*Opiniuję: pozytywnie / negatywnie**

.....
data i podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego

.....
Data i podpis Kierownika DRP

V. DECYZJA PUP W ŚWIDNIKU DOTYCZĄCA SPOSOBU ROZPATRZENIA WNIOSKU:

*Rozpatrzono:
pozytywnie/negatywnie/pozostawiono bez rozpatrzenia**

Zatwierdzam /nie zatwierdzam:*

.....
Podpis Zastępcy Dyrektora ds. Aktywizacji Zawodowej

.....
Podpis Dyrektora PUP w Świdnik

VI. POTWIERDZENIE ODBIORU BONU SZKOLENIOWEGO

Potwierdzam otrzymanie bonu szkoleniowego o numerze ewidencyjnym
w dniu

.....
Podpis klienta

**niepotrzebne skreślić*