



Powiatowy Urząd Pracy w Lublinie

Filia w Bychawie

ul. Mickiewicza 11, 23-100 Bychawa

tel. : 81 566-00-36 w. 21

www.puplublin.pl

szkolenia.bych@puplublin.pl



**CENTRUM
AKTYWIZACJI
ZAWODOWEJ**

**Wniosek o skierowanie na szkolenie wskazane przez osobę niepełnosprawną
poszukującą pracy niepozostającą w zatrudnieniu**

.....

imię i nazwisko Wnioskodawcy *PESEL*

..... -

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:

.....

.....

.....

.....

Oświadczenie o wysokości dochodów i liczbie członków rodziny pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym:

.....

.....

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.

Do wniosku należy dołączyć kopię orzeczenia lub kopię wypisu z treści orzeczenia o niepełnosprawności.

..... dn.

.....
Podpis Wnioskodawcy

* niepotrzebne skreślić

I. Informacja pośrednictwa pracy:

- 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 *

Uwagi:

Szkolenie celowe/niecelowe*

.....
data i podpis pośrednika pracy

II. Opinia doradcy zawodowego:

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

Szkolenie celowe/niecelowe*

.....
data i podpis doradcy zawodowego

III. Opinia specjalisty ds. rozwoju zawodowego:

Data ostatniej rejestracji

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

Szkolenie celowe/niecelowe*

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

** niepotrzebna skreślić*

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

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

.....
data i podpis Kierownika Filii