

Proponowany termin szkolenia

--

miesiąc

--	--	--	--

rok

Szacunkowy koszt szkolenia

--	--	--	--	--

zł

--	--

gr

Nazwa proponowanej instytucji szkoleniowej³[illegible][illegible]

Adres instytucji szkoleniowej (ulica, nr domu, nr mieszkania)

[illegible]

Miejscowość

[illegible]

Kod pocztowy

--	--

-

--	--	--

3. Uzasadnienie celowości szkolenia

Zamierzam odbyć szkolenie z uwagi na (proszę właściwie zaznaczyć stawiając krzyżyk):

- ☐ brak kwalifikacji zawodowych,
- ☐ konieczność zmiany lub uzupełnienia kwalifikacji,
- ☐ utratę zdolności do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie.

Po ukończeniu szkolenia (proszę uzupełnić właściwe):

a) mam zapewnioną pracę:

Nazwa pracodawcy

[illegible][illegible]

b) zamierzam uruchomić własną działalność gospodarczą:

Profil działalności gospodarczej

[illegible]

Planowany termin rozpoczęcia	
------------------------------	--

-

-

Miejsce prowadzenia działalności

c) zamierzam podjąć inną aktywność (proszę opisać):

1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---

4. Oświadczam, że zostałem(-am) pouczony(-a) o obowiązkach uczestnika szkolenia

- 1) W szczególności przyjmuję do wiadomości treść art. 41 ust. 6 oraz art. 76 ust. 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, który stanowi, że: osoba, która z własnej winy nie ukończyła szkolenia, jest zobowiązana do zwrotu kosztów szkolenia z wyjątkiem przypadku, gdy przyczyną nieukończenia szkolenia było podjęcie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej. Wypłacone świadczenia są wówczas nienależne i podlegają zwrotowi w terminie 14 dni od dnia doręczenia decyzji o konieczności zwrotu ww. kosztów.
- 2) Niezwłocznie poinformuję instytucję szkoleniową o wypadku w związku z odbywanym szkoleniem lub w drodze do i z miejsca szkolenia.
- 3) Zostałem(-am) poinformowany(-a) o braku możliwości ubiegania się o refundację kosztów dojazdu z miejsca zamieszkania i powrotu do miejsca odbywania szkolenia.
- 4) Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku podjęcia zatrudnienia, innej formy pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej w trakcie trwania szkolenia mogę kontynuować szkolenie do planowanego terminu jego zakończenia bez konieczności ponoszenia jego kosztów, a także że o fakcie tym muszę poinformować Instytucję szkoleniową oraz PUP w Bydgoszczy.
- 5) Zapoznałem(-am) się z warunkami organizacji szkoleń na rok 2023 i je akceptuję.
- 6) **Zapoznałem(-am) się z klauzulą informacyjną w zakresie przetwarzania danych osobowych dla osób bezrobotnych i poszukujących pracy (dostępną m.in. na stronie BIP Powiatowego Urzędu Pracy w Bydgoszczy).**

Data

--	--

dd

--	--

mm

--	--	--	--

rrrr

(Podpis kandydata na szkolenie)

UWAGA ! Powiatowy Urząd Pracy zastrzega sobie wybór instytucji szkoleniowej. Prezydent Miasta Bydgoszczy, reprezentowany przez Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Bydgoszczy, w celu zapewnienia najwyższej jakości szkolenia, dokonuje wyboru instytucji szkoleniowej i zleca lub powierza przeprowadzenie szkolenia, z zachowaniem obowiązujących procedur oraz mając na uwadze zasady konkurencyjności, równego traktowania i przejrzystości. Instytucja szkoleniowa zostanie wybrana, aby zapewnić najwyższą jakość szkolenia przy najbardziej konkurencyjnej cenie, w szczególności z zastosowaniem kryteriów, o których mowa w § 69 rozporządzenia MPiPS z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie szczególnych warunków realizacji oraz trybu i sposobów prowadzenia usług rynku pracy.

ADNOTACJE URZĘDU O SPOSOBIE ROZPATRZENIA WNIOSKU (uzupełnia urząd)

Opinia doradcy klienta dotycząca celowości przekwalifikowania

1. Aktywność osoby zainteresowanej w poszukiwaniu zatrudnienia:

2. Czy z informacji posiadanych przez Dział Obsługi Klienta istnieją jakiekolwiek przeszkody, aby wnioskodawca został skierowany na wskazane szkolenie?

☐ nie

☐ tak (proszę wskazać jakie)

--

3. Czy doradca klienta zgłasza inne uwagi?

☐ brak uwag

☐ tak (proszę wskazać jakie)

--

--

(Data)

--

(Podpis i pieczętka imienna doradcy klienta)

Opinia doradcy zawodowego

☐ pozytywna

☐ negatywna

☐ brak konieczności wystawienia opinii

ZNAK _____

Krótką opinią

--

(Data)

--

(Podpis i pieczętka imienna doradcy zawodowego)

Stanowisko Komisji w sprawie rozpatrzenia wniosku.

1. Czy wnioskodawca spełnia kryteria formalne do uczestnictwa w szkoleniu?

☐ tak

☐ nie (proszę opisać)

--

2. Czy Komisja zgłasza inne uwagi?

☐ brak uwag

☐ tak (proszę wskazać jakie)

--

3. Rozpatrzenie wniosku

--

--

(Data)

--

(Podpis i pieczętka imienna
członka Komisji)

Stanowisko osoby odpowiedzialnej za realizację projektu, dotyczące zakwalifikowania kandydata na szkolenie.

--

--

(Data)

--

(Podpis i pieczętka imienna)