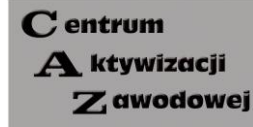




**Powiatowy Urząd Pracy
w Ostrowcu Świętokrzyskim**



REGON 291140149 NIP 661-10-15-867
Telefon: 41 265- 42 -08, fax 41 263-33-40

27-400 Ostrowiec Świętokrzyski Al. 3 Maja 36
e-mail: kios@praca.gov.pl www: ostrowiec.praca.gov.pl

Ostrowiec Św. dn.

.....
(imię i nazwisko osoby uprawnionej)

.....
.....
(adres zamieszkania)

**Starosta Ostrowiecki
Powiatowy Urząd Pracy
w Ostrowcu Św.**

Wniosek
o sfinansowanie kosztów egzaminu / uzyskania licencji*

A - Wypełnia osoba uprawniona

I. Wnioskuje o sfinansowanie kosztów egzaminu / uzyskania licencji niezbędnych do wykonywania danego zawodu

(nazwa egzaminu, licencji)

Prowadzonych przez:
(pełna nazwa i adres instytucji egzaminującej, wydającej licencję)

Termin egzaminu lub uzyskania licencji

Koszt egzaminu lub uzyskania licencji

II. Dane personalne osoby uprawnionej:

1. Imię i nazwisko:.....

2. Data urodzenia:.....

3. PESEL:.....

4. Adres zamieszkania:.....

5. Tel. kontaktowy:.....

6. W przypadku cudzoziemca nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

7. Poziom i kierunek wykształcenia:

8. Zawód wyuczony:

9. Posiadane kwalifikacje zawodowe:

.....

.....

.....

10. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności. TAK NIE

znaczny I

umiarkowany II

lekki III

11. Przebieg pracy zawodowej (w przypadku długiego stażu pracy należy podać dane nt. dwóch ostatnich okresów zatrudnienia):

<i>Okresy pracy</i>		<i>Nazwa zakładu pracy</i>	<i>Stanowisko</i>	<i>Sposób rozwiązania umowy o pracę</i>
<i>od</i>	<i>do</i>			

12. Dotychczasowa pomoc ze strony PUP: TAK NIE

Jeżeli tak to jakiej pomocy udzielono:

.....
.....

III. Uzasadnienie potrzeby udzielenia sfinansowania kosztów egzaminu / uzyskania licencji*

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

▪▪ Posiadam informację / ▪ Nie posiadam informacji od przyszłego pracodawcy o zamiarze powierzenia odpowiedniej pracy po zdaniu egzaminie / uzyskaniu licencji – załącznik nr 2 (nieobligatoryjny)

▪ Posiadam informację / ▪ Nie posiadam informacji o zamiarze podjęcia działalności gospodarczej - załącznik 3 (nieobligatoryjny)

▪ Posiadam informację / ▪ Nie posiadam informacji od obecnego pracodawcy zawierająca uzasadnienie, iż podniesienie lub zmiana kwalifikacji potwierdzona zdaniem egzaminem / uzyskaną licencją jest konieczna w celu utrzymania zatrudnienia - załącznik 4 (nieobligatoryjny)

* - niepotrzebne skreślić

Informuję, że:

1. Wszystkie dane i informacje zawarte w powyższym Wniosku są zgodne z prawdą.
2. Zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w zgłoszeniu do celów związanych z rozpatrzeniem mojego wniosku i na potrzeby badań realizowanych lub zleconych przez Urząd w celu monitoringu skuteczności tej formy pomocy.
3. Zostałem/am poinformowany/a o zasadach finansowania kosztów egzaminu lub uzyskania licencji i po uzyskaniu zgody zobowiązuję się do podpisania dwustronnej umowy, w której zostaną określone warunki finansowania.
4. Zostałem/am poinformowany/a, że po sprawdzeniu poprawności złożonych dokumentów, analizie wniosku oraz weryfikacji stanu środków finansowych z Funduszu Pracy przeznaczonych na tą formę pomocy, Urząd Pracy w Ostrowcu Św. poinformuje mnie na piśmie w ciągu 30 dni od złożenia wniosku o sposobie jego rozpatrzenia.

.....
(podpis osoby uprawnionej)

Załączniki:

1. Zaświadczenie z instytucji egzaminującej lub wydającej licencję – załącznik nr 1
2. Informacja Pracodawcy dotycząca zamiaru powierzenia odpowiedniej pracy (zaświadczenie z ewidencji działalności gospodarczej lub wypis z KRS pracodawcy – na wniosek pracownika PUP) - załącznik nr 2 (nieobligatoryjny)
3. Informacja o zamiarze podjęcia działalności gospodarczej po uzyskaniu stosownych kwalifikacji - załącznik 3 (nieobligatoryjny).
4. Informacja od obecnego pracodawcy (zaświadczenie z ewidencji działalności gospodarczej lub wypis z KRS pracodawcy – na wniosek pracownika PUP) - załącznik 4 (nieobligatoryjny).
5. Zaświadczenie o ukończonym kursie uprawniającym do przystąpienia do egzaminu
6. Dokument potwierdzający posiadanie uprawnień, które utraciły ważność

Wniosek należy złożyć na 30 dni przed planowanym terminem egzaminu/licencji* celem dokonania niezbędnych formalności.

* - niepotrzebne skreślić

B – Wypełniają pracownicy Powiatowego Urzędu Pracy

.....
(nr ewidencyjny osoby)

.....
(PROFIL)

.....
(data zarejestrowania w PUP)

I. Informacja pośrednika pracy: *

Zapotrzebowanie na rynku pracy na kwalifikacje które osoba uprawniona uzyska w wyniku zdania egzaminu/uzyskania licencji** w okresie 12 miesięcy poprzedzających datę złożenia wniosku

.....
.....

.....
(pieczęć i podpis)

II. Informacja doradcy klienta:

Skierowanie na egzamin jest zgodne z ustaleniami indywidualnego planu działania:

TAK

NIE

.....
(pieczęć i podpis)

III. Opinia doradcy zawodowego: ***

Utrata zdolności do pracy w dotychczasowym zawodzie	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy	<input type="checkbox"/> Ograniczenie zdolności	<input type="checkbox"/> Tak
Doświadczenie zawodowe	<input type="checkbox"/> Brak	<input type="checkbox"/> Rozbieżne	<input type="checkbox"/> Pokrewne	<input type="checkbox"/> Zgodne
Wiedza i umiejętności zawodowe	<input type="checkbox"/> Brak	<input type="checkbox"/> Rozbieżne	<input type="checkbox"/> Pokrewne	<input type="checkbox"/> Zgodne
Wykształcenie podstawowe, gimnazjalne, średnie ogólnokształcące	<input type="checkbox"/> Brak	<input type="checkbox"/> Rozbieżne	<input type="checkbox"/> Pokrewne	<input type="checkbox"/> Zgodne
Nabycie / podwyższenie/ rozszerzenie kwalifikacji zawodowych	X	<input type="checkbox"/> Nieuzasadniona	<input type="checkbox"/> Wskazana	<input type="checkbox"/> Konieczna
Cel zawodowy	<input type="checkbox"/> Brak	<input type="checkbox"/> Rozbieżne	<input type="checkbox"/> Pokrewny	<input type="checkbox"/> Zgodny
Spełnianie kryteriów ubiegania się o udział w szkoleniu	X	<input type="checkbox"/> Niespełnione	<input type="checkbox"/> Częściowo spełnione	<input type="checkbox"/> Spełnione

Bezrobotny/inna osoba uprawniona** posiada predyspozycje do wykonywania zawodu TAK NIE

.....
(pieczęć i podpis)

IV. Ocena formalnoprawna wniosku:

Wniosek spełnia wymogi formalnoprawne / nie spełnia wymogów formalnoprawnych **

UWAGI:

.....
.....

Koszt egzaminu/ uzyskania licencji** wynosi

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis)

Wyrażam zgodę /nie wyrażam zgody na sfinansowanie**

kosztów egzaminu/uzyskania licencji w wysokości

.....
(podpis Starosty lub osoby upoważnionej)

* - wypełnić w przypadku braku załącznika nr 2,3 lub 4

** - niepotrzebne skreślić

*** - wypełnić w przypadku wymagającym określenia predyspozycji do wykonywania zawodu

Zaświadczenie z instytucji egzaminującej lub wydającej licencje

NAZWA INSTYTUCJI UPRAWNIONEJ DO PRZEPROWADZENIA EGZAMINU/ WYDANIA LICENCJI*	
ADRES (miejscowość, ulica, nr budynku, kod pocztowy)	
NR TELEFONU / FAXU	
ADRES E-MAIL	
NR IDENTYFIKACJI PODATKOWEJ NIP	
NR IDENTYFIKACYJNY REGON	
NUMER RACHUNKU BANKOWEGO, NA KTÓRY NALEŻY DOKONAĆ WPLĄTY ZA EGZAMIN / LICENCJE* oraz termin dokonania wpłaty	
RODZAJ PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI WG PKD (kod)	
NAZWISKO I IMIĘ ORAZ STANOWISKO OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO KONTAKTÓW Z URZĘDEM PRACY	
NAZWA EGZAMINU/LICENCJI*	
MIEJSCE EGZAMINU (miejscowość, ulica, nr budynku, kod pocztowy)	
TERMIN EGZAMINU / LICENCJI*	
CAŁKOWITY KOSZT EGZAMINU/ UZYSKANIA LICENCJI*	
KRYTERIA – WARUNKI, JAKIE MUSI SPEŁNIAĆ KANDYDAT UBIEGAJĄCY SIĘ O EGZAMIN / LICENCJE*	
Czy osoba ubiegająca się o egzamin /licencję* ma obowiązek przedstawić zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych.	

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć)

* - niepotrzebne skreślić

.....
(pieczęć pracodawcy)

.....
(miejsowość, data)

**Informacja przyszłego Pracodawcy o zamiarze powierzenia osobie
odpowiedniej pracy**

.....
(pełna nazwa pracodawcy)

.....
(adres pracodawcy)

Nr telefonu: NIP:.....

Fax:..... REGON:

Adres e-mail:..... EKD:.....

Rodzaj prowadzonej działalności:

Informację, iż zamierzam powierzyć odpowiednią pracę

Pani/u

(imię i nazwisko osoby uprawnionej)

.....
(adres zamieszkania, data urodzenia)

nie później niż w terminie 60 dni od daty przystąpienia do egzaminu/uzyskania* licencji

.....
(kierunek szkolenia)

na stanowisku.....

(nazwa stanowiska)

celem powierzenia następujących obowiązków:

.....
.....

Deklaruję zatrudnić w/wym osobę bezrobotną na umowę o pracę przez nieprzerwany okres co najmniej trzech miesięcy w wymiarze co najmniej ½ etatu bądź umowy cywilnoprawnej przez nieprzerwany okres minimum trzy miesiące, gdzie wartość umowy lub łączna wartość umów jest równa lub wyższa od trzykrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę ustalonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, natomiast stawka za godzinę pracy nie może być niższa od minimalnej stawki godzinowej ustalonej na podstawie obowiązujących w tym zakresie przepisów. W przypadku umowy o dzieło wartość umowy musi być równa lub wyższa od trzykrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę ustalonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę.

Pracodawca informuje iż:

- liczba pracowników zatrudnionych (na umowę o pracę) na dzień wydania oświadczenia wynosi:..... osób.
- nie znajduje się w trudnej sytuacji ekonomicznej – czyli zagrożony,
- jest pracodawcą w stosunku do którego nie toczy się postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o jego likwidację.

* - niepotrzebne skreślić

.....
(Pieczęć i podpis pracodawcy)

2. Zamierzam prowadzić działalność gospodarczą pod adresem:

.....
w lokalu:
który jest własnością:

3. Czy kiedykolwiek prowadził(a) Pan(i) działalność gospodarczą?

TAK NIE

w okresie od..... do

w okresie od..... do.....

rodzaj prowadzonej działalności (opis – dotyczy podziału na: usługi, produkcję, z podaniem zakresu i rodzaju działalności, np. Usługi remontowo-budowlane, produkcja, handel obuwem itp.)

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

4. Kroki podjęte w kierunku planowanej działalności:

a) uzyskane pozwolenia, zaświadczenia, zezwolenia, certyfikaty itp.

.....
.....

b) odbyte kursy szkolenia

* - niepotrzebne skreślić

c) umowy przedwstępne, oświadczenia o współpracy z przyszłymi kontrahentami (usługobiorcami, usługodawcami, dostawcami, odbiorcami itp.):

.....
.....

e) inne

.....
.....

5. Czy egzamin/licencja* ma ścisły związek z deklarowaną działalnością?

TAK NIE

Jeżeli tak, prosimy uzasadnić dlaczego.

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

6. Czy Pan/Pani będzie się ubiegał/a o jednorazowe środki na podjęcie działalności gospodarczej z Powiatowego Urzędu Pracy? – wypełniają tylko osoby posiadające status osoby bezrobotnej.

TAK NIE

Jeżeli tak, to czy został złożony wniosek w Powiatowym Urzędzie Pracy o przyznanie z Funduszu Pracy jednorazowo środków na podjęcie działalności gospodarczej?

TAK NIE

7. Planowana data rozpoczęcia działalności gospodarczej (nie później niż w terminie 60 dni od daty przystąpienia do egzaminu/uzyskania* licencji).

.....

.....
(podpis wnioskodawcy)

* - niepotrzebne skreślić

.....
(pieczęć pracodawcy).....
(miejsowość, data)**Informacja obecnego Pracodawcy dotycząca utrzymania zatrudnienia dla pracownika lub osoby wykonującej inną pracę zarobkową w wieku 45 lat i powyżej**.....
(pełna nazwa pracodawcy).....
(adres pracodawcy)

Nr telefonu:.....

NIP.....

Fax:.....

REGON:.....

Adres e-mail:.....

EKD:.....

Rodzaj prowadzonej działalności:.....

Liczba pracowników zatrudnionych (na umowę o pracę) na dzień wydania deklaracji wynosi:
..... osób.**Informacje o osobie ubiegającej się o sfinansowanie kosztów egzaminu / licencji***

1. Dane personalne pracownika

(imię i nazwisko, adres zamieszkania, data urodzenia)

2. Stanowisko na jakim zatrudniony jest pracownik

3. Pracownik zatrudniony jest na podstawie:

- umowy o pracę*

- umowy zlecenia*

- umowy o dzieło*

od dn. do dn. / na czas nieokreślony*

4. Zobowiązuję się do utrzymania zatrudnienia w/wym osoby na podstawie umowy o pracę

przez okres

na stanowisku.....

w wymiarze.....

po zdaniu egzaminu / uzyskaniu licencji.....

.....
(nazwa egzaminu/licencji*)

* - niepotrzebne skreślić

w przypadku zmian, doręczenia do Powiatowego Urzędu Pracy dokumentu potwierdzającego zatrudnienie pracownika na nowych zasadach.

5. Uzasadnienie potrzeby zmiany/podniesienia* kwalifikacji pracownika:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(Pieczęć i podpis pracodawcy)

* - niepotrzebne skreślić