

DATA WPLYWU WNIOSKU

....., dniar.
/miejscowość, data wypełnienia wniosku/

Dyrektor
Powiatowego Urzędu Pracy
w Międzyrzeczu

WNIOSEK

o sfinansowanie szkolenia dla osoby uprawnionej

*na zasadach określonych w art. 99 ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 20 marca 2025 r.
o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r., poz. 620)*

I. DANE WNIOSKODAWCY:

IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL <i>/w przypadku braku rodzaj identyfikatora osobistego w krajach UE/EOG, albo serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość/</i>	
ADRES ZAMIESZKANIA	
WYKSZTAŁCENIE	
TELEFON	
ADRES E-MAIL	
ADRES ESP (EPUAP)	

II. TREŚĆ WNIOSKU:

1. Wnioskuję o sfinansowanie kosztów szkolenia indywidualnego:

nazwa szkolenia:

Jestem osobą bezrobotną/poszukującą pracy* zarejestrowaną w tutejszym urzędzie *niepotrzebne skreślić

2. Uzasadnienie celowości szkolenia:

/proszę zaznaczyć odpowiednią kratkę „X” /

możliwość podjęcie zatrudnienia/innej pracy zarobkowej po ukończeniu szkolenia: nazwa pracodawcy:
możliwość rozpoczęcie działalności gospodarczej po ukończeniu szkolenia: rodzaj działalności:
możliwość podniesienia kwalifikacji zawodowych
możliwość nabycia nowych kwalifikacji zawodowych

.....

.....

.....

.....

.....

NAZWA I ADRES INSTYTUCJI SZKOLENIOWEJ	
NIP	
NR WPISU W RIS (Rejestr Instytucji Szkoleniowej)	
WPIS DO REJESTRU BUR (Baza Usług Rozwojowych)	☐ TAK ☐ NIE /proszę zaznaczyć odpowiednią kratkę „X” /
TELEFON KONTAKTOWY	
TERMIN SZKOLENIA *	
KOSZT SZKOLENIA **	
LICZBA GODZIN SZKOLENIA	
MIEJSCE ODBYWANIA SZKOLENIA	

[illegible]

***** Koszt należny instytucji szkoleniowej w części finansowanej przez starostę nie może przekroczyć 300% przeciętnego wynagrodzenia***

/proszę zaznaczyć odpowiednią kratkę „X” /

	oświadczam, że w okresie ostatnich 3 lat nie uczestniczyłem w szkoleniach finansowanych ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania z powiatowego urzędu pracy
	oświadczam, że w okresie ostatnich 3 lat uczestniczyłem w szkoleniach finansowanych ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania z powiatowego urzędu pracy w, w terminie: koszt szkolenia:

2

V. OŚWIADCZENIE O NIEKARALNOŚCI:

W związku z przyznaniem dofinansowania ze środków Funduszu Pracy oświadczam, iż nie orzeczono w stosunku do mnie kary zakazu dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych. Jednocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku orzeczenia w stosunku do mnie zakazu dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy o finansach publicznych, niezwłocznie powiadomię Powiatowy Urząd Pracy w Międzyrzeczu.

.....
/data i podpis osoby składającej oświadczenia/

VI. OŚWIADCZENIE O ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ:

Oświadczam, że wszystkie informacje, które zawarłem/am w niniejszym wniosku oraz dane zamieszczone w załączonych dokumentach są prawdziwe. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 6 kodeksu karnego za złożenie fałszywego oświadczenia, który brzmi: „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”.

.....
/data i podpis osoby składającej oświadczenia/

.....
/pieczętka i podpis pracownika urzędu
przyjmującego oświadczenia/

.....
/data i podpis osoby składającej wniosek/

Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Międzyrzeczu, Plac Powstańców Wielkopolskich 1, 66-300 Międzyrzecz. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można kontaktować się za pomocą poczty elektronicznej: email: iod@itmediagroup.pl, Państwa dane osobowe przetwarzamy w celu realizacji obowiązku prawnego. Przysługuje Państwu z zastrzeżeniem przepisów RODO: prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz otrzymania ich kopii, prawo do sprostowania swoich danych, prawo do ograniczenia danych.

VII. WYPEŁNIA POWIATOWY URZĄD PRACY**OPINIA DORADCY DS. ZATRUDNIENIA:****POZYTYWNA/NEGATYWNA***

Realizacja Indywidualnego Planu Działania

☐ TAK ☐ NIE.....
/data/.....
/podpis/**OPINIA DORADCY ZAWODOWEGO:****POZYTYWNA/NEGATYWNA***.....
/data/.....
/podpis/**OPINIA SPECJALISTY REALIZUJĄCEGO WNIOSEK:****POZYTYWNA/NEGATYWNA***

Wnioskodawca bez uzasadnionej przyczyny przerwał realizację formy pomocy określonej w ustawie finansowaną z Funduszu Pracy, z wyłączeniem pośrednictwa pracy i poradnictwa zawodowego:

☐ TAK (jaka forma pomocy)☐ NIE

nie może korzystać z tej formy pomocy przez okres 90 dni od dnia jej przerwania, chyba że powodem przerwania było podjęcie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej na okres nie krótszy niż miesiąc.

.....
/data/.....
/podpis**ZATWIERDZAM/NIE ZATWIERDZAM***.....
/data/.....
/podpis Dyrektora PUP/

*niepotrzebne skreślić