

DATA WPLYWU WNIOSKU

....., dnia .....r.  
/miejsowość, data wypełnienia wniosku/

**Dyrektor**  
**Powiatowego Urzędu Pracy**  
**w Międzyrzeczu**

Nr sprawy w PUP .....

## 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 ze zm.)

#### I. DANE WNIOSKODAWCY:

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

#### II. TREŚĆ WNIOSKU:

##### 1. Wnioskuje 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” /

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



## V. DO WNIOSKU ZAŁĄCZAM:

- Deklarację pracodawcy** (zobowiązanie do zatrudnienia na okres, co najmniej minimum 3 miesięcy na podstawie umowy o pracę lub powierzenia wykonywania innej pracy zarobkowej, która podlega ubezpieczeniom społecznym);
- Oświadczenie** o zamiarze podjęcia działalności gospodarczej.

## VI. 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/

## VII. 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](mailto: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.

**VIII. 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 WNIOSK:**

**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

.....  
(pieczęć Pracodawcy)

.....  
(miejsowość, data)

### DEKLARACJA PRACODAWCY

Nazwa Pracodawcy					
ADRES SIEDZIBY					
ulica		nr		lok.	
miejsowość		kod pocztowy			
powiat		województwo			
nr telefonu		e-mail			
NIP		REGON			

**zobowiązuje się do zatrudnienia Pana/i** .....

zamieszkałego/tej .....

PESEL: .....

w charakterze.....

(nazwa stanowiska pracy)

po ukończeniu kształcenia ustawicznego i uzyskaniu kwalifikacji .....

.....  
(nazwa kursu)

na okres, co najmniej **3 miesięcy** na podstawie **umowy o pracę lub powierzenia wykonywanie innej pracy zarobkowej, która podlega ubezpieczeniom społecznym.**

**Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.**

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(podpis/y osoby/osób upoważnionej/nych w imieniu pracodawcy)

Deklaracja powinna być podpisana przez umocowanego przedstawiciela lub przedstawicieli pracodawcy, upoważnionego do podejmowania zobowiązań w jego imieniu, zgodnie z wpisem o reprezentacji w stosownym dokumencie, uprawniającym do występowania w obrocie prawnym lub udzielonym pełnomocnictwem. Pełnomocnictwo winno być dołączone do uprawdopodobnienia, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez pracodawcę.

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY UBIEGAJĄCEGO SIĘ O PRYZNANIE SFINANSOWANIE SZKOLENIA  
O ZAMIARZE PODJĘCIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ**

Nazwisko i Imię .....

Adres .....

PESEL .....

Oświadczam, że zamierzam rozpocząć działalność gospodarczą w zakresie:

.....  
.....

Oznaczonej symbolem PKD: .....

Ponadto zobowiązuje się dostarczyć dokumenty potwierdzające podjęcie działalności gospodarczej (tj. potwierdzenie wpisu do rejestru CEIDIG lub KRS) w terminie jednego miesiąca po uzyskaniu uprawnień.

**Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.**

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)