Nr sprawy w PUP………………………… Wągrowiec, dn. ……….……………….

**WNIOSEK**

**o przyznanie bonu szkoleniowego osobie do 30 roku życia**

Na zasadach określonych w art. 66k ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2019r. poz. 1482)

1. **DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**

1. Nazwisko i imię ………………………………………………………………………………………………………………….

2. NR PESEL, a w przypadku cudzoziemca nr dokumentu potwierdzającego tożsamość ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

3. Adres zamieszkania …………………………………………………………………………………………………………….

4. Telefon kontaktowy …………………………………… adres e–mail ………………..………………………………

5. Wykształcenia …………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

(kierunek, specjalność, nazwa i rok ukończenia szkoły)

6. Zawód wyuczony ………………………………………………………………………………………………………………..

7. Zawód najdłużej wykonywany …………………………………………………………………………………………….

8. Zawód ostatnio wykonywany ……………………………………………………………………………………………..

9. Posiadane uprawnienia ……………………………………………..……………………………………………………….

10. Dodatkowe umiejętności ………………………………………………………………………………………………....

1. **INFORMACJA O KOSZTACH FINANSOWANYCH W RAMACH BONU SZKOLENIOWEGO**

 **(JEŚLI SĄ ZNANE)**

1. KOSZT SZKOLEŃ
	1. Nazwa szkolenia: ……………………………………………………………………………………………………………..

- cena szkolenia: ……………………………………………………………………………………………………………………..

- planowany termin realizacji szkolenia: …………………………………………………………………………………

- liczba godzin szkolenia: ………………………………………………………………………………………………………..

- nazwa i adres instytucji szkoleniowej: ………………………………………………………………....................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. KOSZTY BADAŃ LEKARSKICH I PSYCHOLOGICZNYCH

2.1 badania lekarskie:

 - koszty badań lekarskich i adres jednostki przeprowadzającej badanie …………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 2.2 badania psychologiczne:

 - koszty badań psychologicznych i adres jednostki przeprowadzającej badanie …………………..

……………………………………………………………………………………………………………….…………………………….…

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. KOSZTY PRZEJAZDU NA SZKOLENIE

- oszacowane koszty przejazdu na szkolenie …………………………………………………………………………..

- opis trasy przejazdu na szkolenie ………………………………………………………………………………………….

 ..…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. ZAKWATEROWANIE (wypełnić w przypadku, gdy zajęcia odbywają się i poza miejscem zamieszkania)

Oszacowany koszt za kwaterowania ……………………………………………………………………………………….

1. **UPRAWDOPODOBNIENIE PODJĘCIA ZATRUDNIENIA, INNEJ PRACY ZAROBKOWEJ LUB DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ**
2. oświadczenie pracodawcy o zamiarze zatrudnienia osoby po ukończeniu szkolenia

(załączone)\*

1. oświadczenie o zamiarze podjęcia działalności gospodarczej (załączone)\*
2. uzasadnienie celowości odbycia wnioskowanego szkolenia w odniesieniu do swojej sytuacji na rynku pracy\* …………………………………………………………..…………………………………………….

….………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………

\*niepotrzebne skreślić

1. **OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**Nie uczestniczyłem/łam\*** w szkoleniu na podstawie skierowania z powiatowego urzędu pracy w okresie ostatnich 3 lat.

**Brałem/łam udział\*** w szkoleniu w okresie ostatnich 3 lat na podstawie skierowania z powiatowego urzędu pracy w: uczestniczyłem/uczestniczyłam w szkoleniu na podstawie skierowania Powiatowego Urzędu Pracy w ………………………………………………..w następujących szkoleniach: …………………………………………………………………………………………………………………………...................................

…………………………………………….… koszt szkoleń wyniósł …………………………………………………………………….

**Oświadczam, że:**

* wszystkie dane i informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą,
* zapoznałem/łam\* się z informacją, że wypełnienie wniosku nie jest jednoznaczne z przyznaniem bonu szkoleniowego,
* zapoznałem/łąm\* się informacją, że koszty wchodzące w skład bonu szkoleniowego w części finansowanej z Funduszu Pracy nie mogą przekroczyć 100% przeciętnego wynagrodzenia obowiązującego w dniu przyznania bonu szkoleniowego,
* zapoznałem/łam się z informacją, że Instytucje szkoleniowe przeprowadzające szkolenia muszą posiadać aktualny wpis do rejestru instytucji szkoleniowych,
* zapoznałem/łam\* się z informacją, że po sprawdzeniu poprawności złożonego wniosku, analizie wniosku oraz weryfikacji stanu środków finansowych z Funduszu Pracy przeznaczonych na szkolenia, Powiatowy Urząd Pracy w Wągrowcu poinformuje mnie na piśmie w ciągu 30 dni od dnia złożenia wniosku o sposobie jego rozpatrzenia,
* zapoznałem/łam się z informacją, że zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2019 roku, poz. 1482 ) osoba, która odmówiła propozycji przyjęcia szkolenia albo przerwała je bez uzasadnionej przyczyny bądź po skierowaniu nie podjęła szkolenia, traci status osoby bezrobotnej na okres:
	1. 120 dni w przypadku pierwszej odmowy,
	2. 180 dni w przypadku drugiej odmowy,
	3. 270 dni w przypadku trzeciej i każdej kolejnej odmowy,

chyba, że powodem odmowy, przerwania lub nie podjęcia po otrzymaniu skierowania było podjęcie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej.

Do wniosku dołączam następujące załączniki: …………………………………………………………………………….....…

….…………………………………………………………………………………………………………………..………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………..…

**Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art.233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks karny.**

 ……………………………………………………………………

 (data i czytelny podpis wnioskodawcy)

1. **OPINIA DORADCY KLIENTA**
2. Ustalono: …………………………………… profil pomocy.
3. Z Indywidualnego Planu Działania wynika: ………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Kandydat zakwalifikowany/nie zakwalifikowany\*

…………………………………………… ………………………………………………………..

 (data) (podpis i pieczątka doradcy klienta)

\* niepotrzebne skreślić