Hrubieszów, dnia....................................

 Pan

 Dyrektor

 Powiatowego Urzędu Pracy

 w Hrubieszowie

 **Wniosek**

o skierowanie na szkolenie grupowe/indywidualne pracownika lub osoby

 wykonującej inną pracę zarobkową w wieku 45 lat i powyżej

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

 imię i nazwisko oraz PESEL Wnioskodawcy data i miejsce urodzenia

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

 numer telefonu

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

 adres zamieszkania

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

 Wykształcenie zawód wyuczony

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

 nazwa i adres pracodawcy

Zawód wykonywany......................................................................................................................................................................

Staż pracy w zawodzie wykonywanym...................................................................

|  |
| --- |
|  |

 Nazawa szkolenia wskazanego przez Wnioskodawcę

Uzasadnienie celowości w/w szkolenia.................................................................................................

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

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

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

W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, Wnioskodawca zobowiązuje się do :

* regularnego uczęszczania na wszystkie zajęcia szkoleniowe( 100 % obecności na szkoleniu) , systematycznego realizowania programu szkolenia, punktualności i aktywności, pod rygorem skreslenia z listy uczestników szkolenia i obciążenia kosztami szkolenia,
* zwrotu kosztów szkolenia w przypadku nieukończenia z własnej winy.

Hrubieszów, dnia............................... .......................................................

 czytelny podpis Wnioskodawcy

**Opinia pośrednika pracy:**

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

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

 data i podpis pośrednika pracy

**Opinia doradcy zawodowego:**

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

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

 data i podpis doradcy zawodowego

**Opinia specjalisty ds. rozwoju zawodowego:**

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

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

 data i podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego

**Decyzja Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy dotycząca sposobu rozpatrzenia wniosku:**

Wnioskodawca zakwalifikowany do odbycia szkolenia \*

Wnioskodawca niezakwalifikowany do odbycia szkolenia\*

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

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

 data podpis Dyrektora PUP

**\***niepotrzebne skreślić