**KARTA KANDYDATA NA SZKOLENIE GRUPOWE**

**Cz. I Wypełnia Kandydat na szkolenie**

1. Nazwisko ........................................................................... Imię ........................................................
2. PESEL \*................................................................................... **Nr tel. ...............................................**
3. Data rejestracji w PUP w Lubinie: ………………………………………………………………………….
4. Adres zamieszkania ..........................................................................................................................
5. Wykształcenie ....................................................................................................................................

1. Zawód wyuczony ................................................................................................................................
* wykonywany najdłużej .................................................................................................................
* wykonywany ostatnio ...................................................................................................................
1. Posiadane uprawnienia:

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

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

1. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności: Tak [ ]  Nie [ ]
2. **Nazwa szkolenia, o jakie ubiega się Kandydat na szkolenie:**

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

**10. Uzasadnienie celowości szkolenia:**

**Uzasadnienie:**

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

**Przyjmuję do wiadomości, iż złożenie Karty Kandydata na Szkolenie nie jest równoznaczne
z zakwalifikowaniem na szkolenie. Zapoznałem(am) się i akceptuję Zasady organizacji szkoleń
w Powiatowym Urzędzie Pracy w Lubinie.**

**Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie związanym
z organizacją szkolenia zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679
z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz. UE L 119, s.1).**

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

(miejscowość, data) (czytelny podpis Kandydata na szkolenie)

**\*w przypadku cudzoziemca: numer dokumentu stwierdzającego tożsamość**

**Cz. II Wypełnia Powiatowy Urząd Pracy w Lubinie**

**USTALENIE ZASADNOŚCI SKIEROWANIA NA SZKOLENIE GRUPOWE**

1. **Opinia Doradcy Klienta:**
2. Indywidualny Plan Działania – zgodny z kierunkiem szkolenia TAK NIE
3. Skierowanie na szkolenie: **A)** z inicjatywy kandydata **B)** z inicjatywy PUP\*\*
4. Uwagi:

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

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

Lubin, ...................................... ..........................................................................

 (data) (pieczęć i podpis)

**2. Specjalista ds. rozwoju zawodowego:**

1. **Cel szkolenia:**

**A)** przyuczenie do zawodu **B)** przekwalifikowanie **C)** doskonalenie zawodowe
**D)** nauka umiejętności poszukiwania i uzyskiwania zatrudnienia **E)** inne (jakie?) ……………………

1. Uwagi: ………………………………………………………………………………………………………….

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

Lubin, ...................................... ..........................................................................

 (data) (pieczęć i podpis)

1. **Opinia doradcy zawodowego:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Utrata zdolności do pracy** **w dotychczasowym zawodzie** **(ograniczenia zdrowotne, brak uprawnień)** | NIE | Ograniczenie zdolności | TAK |
| **Doświadczenie zawodowe** | Rozbieżne | Pokrewne | Zgodne |
| **Wiedza i umiejętności zawodowe** | Rozbieżne | Pokrewne | Zgodne |
| **Wykształcenie** | Rozbieżne | Pokrewne | Zgodne |
| **Zmiana/podwyższenie/rozszerzenie****kwalifikacji zawodowych** | Nieuzasadniona | Wskazana | Konieczna |
| **Cel zawodowy** | Rozbieżne | Pokrewne | Zgodne |
| **Spełnienie kryteriów ubiegania się o udział w szkoleniu** | Niespełnione | Spełnione częściowo | Spełnione |
| **Motywacja** | Znikoma | Umiarkowana | Wysoka |
| **Zainteresowania** | Rozbieżne | Pokrewne | Zgodne |

Inne uwagi: ………………………………………………………………………………………………………...

Lubin, ...................................... ..........................................................................

 (data) (pieczęć i podpis)

**4.Kandydat został:** [ ]  **zakwalifikowany** / [ ]  **niezakwalifikowany na szkolenie.**

**Uwagi:** ………………………………………………………………………………………………………………

Lubin, dnia.................................... ............................................................. (pieczęć i podpis osoby upoważnionej)

**\*\*właściwe zakreślić**