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 .....

6. Zawód wyuczony .....

- wykonywany najdłużej .....
- wykonywany ostatnio .....

7. Posiadane uprawnienia:

.....

.....

8. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności: Tak ☐ Nie ☐

9. 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 2016r. 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:**

1) Indywidualny Plan Działania – zgodny z kierunkiem szkolenia TAK NIE

2) Skierowanie na szkolenie: **A)** z inicjatywy kandydata **B)** z inicjatywy PUP**

3) Uwagi:

……

……

Lubin, ...
(data) (pieczęć i podpis)

2. Specjalista ds. rozwoju zawodowego:

4) **Cel szkolenia:**

A) przyuczenie do zawodu **B)** przekwalifikowanie **C)** doskonalenie zawodowe

D) nauka umiejętności poszukiwania i uzyskiwania zatrudnienia **E)** inne (jakie?)

5) Uwagi: ……

.....

……

Lubin, ...
(data) (pieczęć i podpis)

2. **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**