**Załącznik Nr 1**

**Dyrektor**

**Powiatowego Urzędu Pracy**

**w Mysłowicach**

**ul. Mikołowska 4a**

**Wniosek o przyznanie bonu szkoleniowego**

**osobie do 30 roku życia**

*Podstawa prawna: art. 66k ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia*

*i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2017r., poz. 1065, z późń. zm.)*

**1. Dane wnioskodawcy**

Nazwisko..................................................... Imię......................................................

Data i miejsce urodzenia ..........................................................................................

Numer PESEL\* .......................................................................................................

Adres zamieszkania.................................................................................................

Nr telefonu..............................................................................................................

E-mail …………………………………………………………………………….

Wykształcenie........................................................................................................

Zawód wyuczony...................................................................................................

Zawód dotychczas wykonywany...........................................................................

Posiadane uprawnienia: ………………………………………………………….

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

Dodatkowe umiejętności: ………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………….

\*) w przypadku cudzoziemca nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

**2. Informacja o kosztach finansowanych w ramach bonu szkoleniowego**

**Koszty szkoleń:**

1. Nazwa szkolenia....................................................................................................................

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

2. Koszt szkolenia......................................................................................................................

3. Termin realizacji szkolenia....................................................................................................

4. Liczba godzin szkolenia..........................................................................................................

5. Nazwa i adres instytucji szkoleniowej.....................................................................................

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

6. Inne informacje dotyczące wnioskowanego szkolenia...........................................................

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

**Koszty badań lekarskich i/lub psychologicznych:**

1. Całkowity koszt niezbędnych badań lekarskich lub psychologicznych……………………

………………………………………………………………………………………………..  
**Koszty przejazdu na szkolenie:**

1. Oszacowane koszty przejazdu: ………………………………………………………

**Koszty zakwaterowania:**

1. Oszacowane koszty zakwaterowania:……………………………………………….

**UWAGA! Powiatowy Urząd Pracy może zawrzeć umowę tylko z instytucją**

**szkoleniową, która posiada aktualny wpis do rejestru instytucji szkoleniowych prowadzonego przez wojewódzki urząd pracy właściwy ze względu na siedzibę instytucji szkoleniowej**

**3. Uzasadnienie celowości przyznania bonu szkoleniowego:**

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

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

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

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

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

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

………………………. ………………………………..

Data Podpis wnioskodawcy

Oświadczam, że w okresie ostatnich 3 lat:

- uczestniczyłem/am, nie uczestniczyłem/am w szkoleniu finansowanym ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania z Powiatowego Urzędu Pracy.

nazwa szkolenia: ………………………………………………………………….............

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

koszt szkolenia: …………………………………………………………………...............

**Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem dotyczącym zasad organizacji szkoleń dla osób bezrobotnych do 30 roku życia w ramach bonu szkoleniowego   
w Powiatowym Urzędzie Pracy w Mysłowicach oraz Regulaminu Powiatowego Urzędu Pracy w sprawie refundacji kosztów z tytułu przejazdu na szkolenie w trybie indywidualnym oraz w pełni akceptuję ich treść.**

………………………. ………………………………..

Data Podpis wnioskodawcy

**Załącznik nr 2**

………………………….. ……………………………………

Pieczęć pracodawcy Miejscowość i data

**DEKLARACJA PRACODAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Firmy: | |
| Adres: | |
| NIP: | REGON: |
| Numer telefonu: | Numer faksu: |
| Osoba uprawniona do reprezentowania Pracodawcy: | |

Niniejszym zobowiązuję się do zatrudnienia na okres co najmniej 1 miesiąca   
w ramach umowy o pracę lub umowy zlecenie z wynagrodzeniem miesięcznym   
w wysokości co najmniej minimalnego wynagrodzenia określonego w odpowiednim Rozporządzeniu Rady Ministrów Pana/Pani …………………………………………..   
na stanowisku: …………………………………………………………………………………..

w terminie 14 dni od uzyskania kwalifikacji po ukończeniu szkolenia w zakresie: …………………………………………………………………………………………………...

(nazwa szkolenia)

Ponadto oświadczam, że Firma ………………………………………………………. nie zalega z płatnościami w ZUS oraz innymi zobowiązaniami wobec Skarbu Państwa.

……………………………………………

podpis i pieczęć osoby upoważnionej   
 do reprezentowania pracodawcy

Załącznik:

- oferta pracy

**Opinia Doradcy Klienta w zakresie zgodności wnioskowanego wsparcia z ustaleniami założonymi w Indywidualnym Planie Działania:**

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

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

…………………………….. ………………………………….

Data Podpis Doradcy Klienta

**Informacja dotycząca Pracodawcy wskazanego w Deklaracji Pracodawcy:**

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

…………………… ……... ……………………

Data Data i podpis Doradcy Klienta

**Decyzja Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Mysłowicach:**

Po rozpatrzeniu wniosku wyrażam / nie wyrażam zgody na przyznanie wnioskodawcy bonu szkoleniowego.

…………………… …………………………………….

Data Podpis Dyrektora Urzędu

**Potwierdzenie odbioru bonu szkoleniowego:**

W dniu…………………………………………………………………………

Pani/Panu………………………………………………………………………

wydano bon szkoleniowy o Nr ewidencyjnym……………………………….

…………………… …………………………………….

Data Podpis pracownika PUP wydającego bon

**Potwierdzam odbiór bonu szkoleniowego:**

…………………… …………………………………….

Data Podpis wnioskodawcy