

WNIOSEK

**o skierowanie na szkolenie w ramach ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku
o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
(tekst jednolity: Dz. U. z 2011r. Nr 127, poz. 721 ze zm.)**

Uwaga: Uprzejmie prosimy o czytelne wypełnienie wniosku dużymi literami drukowanymi.
W sytuacji wyboru jednej odpowiedzi z kilku, prosimy zaznaczyć wybraną odpowiedź przez
przekreślenie kwadracika znakiem X. Wnioskodawca wypełnia punkty od I do VII.

I. Dane osobowe

Imiona: Nazwisko:
Data urodzenia: Miejsce urodzenia:
Imię matki: Imię ojca:
Numer PESEL:
Nr dokumentu stwierdzającego tożsamość

II. Adres zamieszkania

Miejsce zamieszkania: miasto wieś
Ulica Nr domu Nr mieszkania
Miejscowość Kod Poczta
Województwo Numer telefonu

III. Wykształcenie

podstawowe zawodowe średnie ogólne średnie zawodowe wyższe
zawód wyuczony
zawód dotychczas wykonywany
ukończone kursy
.....
.....

IV. Status w PUP

bezrobotny /-a niepełnosprawny/-a poszukujący pracy/-a niepełnosprawny /-a

V. Orzeczenie o niepełnosprawności**a) rodzaj niepełnosprawności:**

1. schorzenia narządów wzroku 5. choroby psychiczne i nerwowe
2. schorzenia narządów słuchu i mowy 6. upośledzenie umysłowe
3. schorzenia narządów ruchu i kręgosłupa 7. ogólny stan zdrowia
4. schorzenia narządów wewnętrznych 8. pozostałe

b) stopień niepełnosprawności:

1. znaczny
2. umiarkowany
3. lekki

c) naruszenie niepełnosprawności organizmu:

- 1. czasowe (okresowe)
- 2. stałe (trwałe)

VI. Wnioskowany kierunek szkolenia:

Miejsce realizacji szkolenia:

Koszt szkolenia:.....

Czas trwania szkolenia:.....

VII. Uzasadnienie wraz z opisem dotychczasowej działalności zawodowej

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

Oświadczam, że jestem zarejestrowana/ny w Powiatowym Urzędzie Pracy w Będzinie jako osoba poszukująca pracy niepozostająca w zatrudnieniu.

Oświadczam, że wszystkie dane oraz informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis Wnioskodawcy)

VIII. Opinia lekarza

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

.....
/ podpis i pieczętka lekarza/

Załączniki do wniosku:

- 1. Kserokopia orzeczenia o rodzaju i stopniu niepełnosprawności.
- 2. Oświadczenie pracodawcy o zamiarze zatrudnienia lub powierzenia wykonywania innej pracy zarobkowej osobie uprawnionej / Oświadczenie osoby uprawnionej o zamiarze podjęcia działalności gospodarczej po ukończeniu szkolenia.

IX. Adnotacje Powiatowego Urzędu Pracy

W/wym. jest zarejestrowany/-a jako bezrobotny/-a / poszukujący/-a w Powiatowym Urzędzie Pracy w Będzinie od dnia

.....
/podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego /

X. Decyzja Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Będzinie

(w oparciu o Kartę oceny wniosku)

Kandydat zakwalifikowany

Kandydat niezakwalifikowany

.....
/data i podpis Dyrektora PUP w Będzinie/