Kielce, dn……………

**Karta kandydata na szkolenie grupowe**

*na podstawie art. 101 ustawy z dnia 20 marca 2025 roku o rynku pracy i służbach zatrudnienia   
(t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 620)*

1.Nazwisko……………………………………..………Imię……….………………………………….

2. PESEL………………………………. …………………(w przypadku cudzoziemca nr dokumentu potwierdzającego tożsamość)…………………………………………………………………………..

3. Adres zamieszkania i adres do doręczeń (kod pocztowy, miejscowość, ulica)

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

Nr telefonu………………….…………………..Adres e-mail….……………………………………...

4.Nazwa szkolenia, którym zainteresowany jest kandydat:

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

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

5.W przypadku udziału w szkoleniu, proszę o przekazanie stypendium na wskazany rachunek

bankowy:..…………….……………………….………………………………………………………

1. Oświadczam, że **korzystałam/em / nie korzystałam/em**\* w szkoleniu finansowanym   
   ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania z powiatowego urzędu pracy w okresie ostatnich 3 lat.
2. Oświadczam, że **korzystałam/em / nie korzystałam/em**\* w szkoleniu finansowanym   
   ze środków EFS+ na podstawie skierowania z powiatowego urzędu pracy w okresie ostatnich 3 lat**.**
3. Oświadczam, że **mam / nie mam zawieszoną działalność gospodarczą**.

W przypadku uczestnictwa w szkoleniu proszę wskazać urząd pracy, który wydał skierowanie

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

\*) niepotrzebne skreślić

……………………………………………

(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

**Oświadczam, że:**

**Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, wynikającego z art. 233 Kodeksu karnego, oświadczam, że dane i informacje zawarte we wniosku są prawdziwe;**

**Wypełnienie wniosku nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem na szkolenie;**

**Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku zawiadomienia Urzędu o okolicznościach powodujących utratę statusu bezrobotnego w terminie 7 dni od daty ich wystąpienia**

**oraz o podjęciu zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub podjęciu działalności gospodarczej;**

**Zostałem/am poinformowany/a, iż Miejski Urząd Pracy w Kielcach poinformuje mnie pisemnie,   
w terminie 30 dni od złożenia wniosku, o wyniku jego rozpatrzenia.**

**Uzasadnienie celowości/ potrzeby udzielenia tej formy pomocy**

Dot. …………………………………………………………………………………………….

(nazwa szkolenia)

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

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

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

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

……………………………………………

(data i czytelny podpis wnioskodawcy)

**Wypełniają pracownicy Miejskiego Urzędu Pracy w Kielcach:**

**Informacja doradcy do spraw zatrudnienia** -właściwe zaznaczyć

| Osoba bezrobotna | ☐ TAK | ☐ NIE |
| --- | --- | --- |
| Osoba 55+ | ☐ TAK | ☐ NIE |
| Osoba z niskimi kwalifikacjami zawodowymi, bez kwalifikacji | ☐ TAK | ☐ NIE |
| Osoba niepełnosprawna | ☐ TAK | ☐ NIE |
| Osoby sprawujące opiekę nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu oraz powracające na rynek pracy po zakończonym okresie sprawowania opieki | ☐ TAK | ☐ NIE |
| Osoby młode w wieku 18-29 lat, w tym osoby z grupy NEET\*, osoby samotnie wychowujące dzieci oraz opuszczające pieczę zastępczą | ☐ TAK | ☐ NIE |
| Kobieta | ☐ TAK | ☐ NIE |
| Reemigranci, imigranci, osoby, które po agresji Federacji Rosyjskiej na Ukrainę zostały objęte ochroną czasową (o ile wpisują się w kategorię osób bezrobotnych). | ☐ TAK | ☐ NIE |
| Osoba długotrwale  bezrobotna | ☐ TAK | ☐ NIE |
| Posiada Indywidualny Plan Działania | ☐ TAK | ☐ NIE |
| Szkolenie przewidziano w Indywidualnym Planie Działania | ☐ TAK | ☐ NIE |

Uwagi:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………

Data i podpis doradcy do spraw zatrudnienia

**Opinia doradcy zawodowego:**

|  |
| --- |
|  |

……………………………………………………………

Data i podpis doradcy zawodowego

**Informacje specjalisty ds. rozwoju zawodowego**-właściwe zaznaczyć

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Weryfikacja w systemie teleinformatycznym ZUS i CEIDG | ☐ TAK | ☐ NIE |
| **Opinia specjalisty ds. rozwoju zawodowego:** | | |

……………………………………………………………

Data i podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego

**Kwalifikacja na szkolenie** -właściwe zaznaczyć

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kandydat zakwalifikowany | ☐ TAK | ☐ NIE |

……………………………………………………………

Data i podpis Dyrektora