Puławy, dnia ………………………………………

**WNIOSEK**

**O PRZYZNANIE BONU SZKOLENIOWEGO**

Imię i nazwisko bezrobotnego: …………………………………………………………………………………………………………….

Adres zamieszkania: …………………………………………………………………………………………………………………………

PESEL: …………………………… Numer telefonu: ………………………… e-mail: ……………………………………...................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Proponowany kierunek/kierunki szkolenia: …………………………………………………………………………………………..

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

Uprawdopodobnienie celowości szkolenia organizowanego w ramach bonu szkoleniowego: …………………..............

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

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

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

Oświadczam, że po zakończonym szkoleniu zamierzam w terminie 28 dni podjąć\*:

1. zatrudnienie lub inną pracę zarobkową;
2. działalność gospodarczą.

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

 *data i podpis bezrobotnego*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Oświadczam, że zostałem poinformowany o:**

1. możliwości pozbawienia statusu osoby bezrobotnej, w przypadku nie podjęcia po skierowaniu szkolenia w ramach bonu szkoleniowego, na okres 120 dni przy i każdej kolejnej odmowie, które następuje od następnego dnia po dniu skierowania;
2. możliwości pozbawienia statusu bezrobotnego w przypadku przerwania szkolenia w ramach bonu szkoleniowego z własnej winy na wskazany wyżej okres, które następuje od dnia przerwania szkolenia;
3. obowiązku regularnego uczęszczania na szkolenie, realizowania programu szkolenia i przestrzegania regulaminu obowiązującego w jednostce szkoleniowej.

**Oświadczam, że zapoznałem się z informacją,** iż w ramach kwoty określonej w bonie szkoleniowym finansowaniu podlegają koszty:

* jednego lub kilku szkoleń, w tym koszty kwalifikacyjnego kursu zawodowego i kursu nadającego uprawnienia zawodowe – w formie wpłaty na konto instytucji szkoleniowej;
* niezbędnych badań lekarskich lub psychologicznych – w formie wpłaty na konto wykonawcy badania;
* przejazdu na szkolenia – w formie ryczałtu wypłacanego uczestnikowi szkolenia w wysokości (do 150 zł – w przypadku gdy szkolenie trwa do 150 godzin, powyżej 150 zł do 200 zł – w przypadku gdy szkolenie trwa ponad 150 godzin);
* zakwaterowania, jeśli zajęcia odbywają się poza miejscem zamieszkania – w formie ryczałtu wypłacanego uczestnikowi szkolenia w wysokości: (do 550 zł – w przypadku gdy szkolenie trwa poniżej 75 godzin, powyżej 550 zł do 1100 zł – w przypadku gdy szkolenie trwa od 75 do 150 godzin, powyżej 1100 zł do 1500 zł – w przypadku gdy szkolenie trwa ponad 150 godzin).

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

 *data i podpis bezrobotnego*

\* niepotrzebne skreślić

**WYPEŁNIA POWIATOWY URZĄD PRACY W PUŁAWACH**

**Opinia doradcy klienta:**

Dotychczasowe formy wsparcia w okresie ostatnich 2 lat (pracodawca, stanowisko, okres realizacji): ……………*…………………………………………………………….……………………………………..……………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..*

Ustalenia indywidualnego planu działania: …………………………………………………………………………………………….

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

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

 ………………………………………….

 *data i podpis pracownika*

**Informacja specjalisty do spraw rozwoju zawodowego na temat szkolenia:** ……………………..……………………………….……………………………………………….……………………………………………..……….............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

 ………………………………………….

 *data i podpis pracownika*

|  |
| --- |
| **Decyzja Dyrektora:**……………………………………………………………………………………………………………………...........................................*…………………………………………..* *data i podpis Dyrektora* |
| **Potwierdzenie odbioru bonu szkoleniowego**W dniu ……..………….………… Panu/Pani ……………………………………………….……….……………………………………przyznano bon szkoleniowy Nr….……………………………………………………………………… ……………………………………………….. *pieczątka i podpis pracownika data i podpis osoby bezrobotnej* |