



Powiatowy Urząd Pracy w Pszczynie

nr ewidencyjny bezrobotnego :

Karta kandydata na szkolenie

Część I Wypełnia kandydat na szkolenie

1. Nazwisko i imię:
2. Data i miejsce urodzenia:
3. Adres zamieszkania: miejscowość:
ulica: nr domu/lokalu:
kod pocztowy: - telefon:
4. Wykształcenie: ☐podstawowe ☐gimnazjalne ☐zasadnicze zawodowe
☐średnie zawodowe ☐średnie ogólnokształcące ☐policealne/pomaturalne
☐wyższe (w tym licencjat)
5. Zawód wyuczony:
6. Zawód wykonywany ostatnio:
7. Zawód wykonywany najdłużej:
8. Posiadane uprawnienia:
.....
.....
9. Ograniczenia zdrowotne:
.....
.....
10. Nazwa kierunku szkolenia, którym zainteresowany jest kandydat:
.....
.....
11. Dotychczasowe uczestnictwo w szkoleniach organizowanych przez PUP:
☐TAK ☐NIE
12. Jeżeli TAK, to proszę podać nazwę kierunku szkolenia:
.....
..... i rok ukończenia szkolenia:
Czy podjął/ęła Pan/i pracę po ukończeniu wyżej wymienionego szkolenia:
☐TAK ☐NIE

Jeżeli tak, to czy podjęta praca była zgodna z kierunkiem odbytego szkolenia:

☐ TAK ☐ NIE

i na jakim stanowisku:

UWAGA! Wypełnienie KARTY KANDYDATA NA SZKOLENIE nie oznacza zakwalifikowania na szkolenie.

Przyznanie wsparcia jest uzależnione m.in. indywidualnego planu działania ustalonego z Twoim doradcą w urzędzie.

Data:

podpis kandydata na szkolenie:

Część II Wypełniana przez pracowników Powiatowego Urzędu Pracy

1. Informacja doradcy klienta

wnioskowany kierunek szkolenia wynika z ustaleń IPD	☐ TAK	☐ NIE
czy aktualnie dla kandydata na szkolenie jest odpowiednia oferta pracy	☐ TAK	☐ NIE

Informacja dotycząca możliwości skierowania kandydata na szkolenie do pracy bez uprzedniego przeszkolenia:

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

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy kandydat na szkolenie odmówił bez uzasadnionej przyczyny przyjęcia propozycji odpowiedniej pracy lub innej formy pomocy	☐ TAK	☐ NIE
---	------------------------------	------------------------------

Jeżeli TAK, podać kiedy, czego propozycja dotyczyła i jaki był powód odmowy:

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

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy kandydat na szkolenie zgłaszał się w wyznaczonych przez urząd terminach	☐ TAK	☐ NIE
---	------------------------------	------------------------------

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

Czy po przeszkoleniu kandydata jest odpowiednia oferta pracy	☐ TAK	☐ NIE
--	------------------------------	------------------------------

Informacja dotycząca możliwości skierowania do pracy po przeszkoleniu:

.....

.....

.....

Utrata zdolności do pracy w dotychczasowym zawodzie (ograniczenia zdrowotne, brak lub utrata odpowiednich uprawnień, itp.)	☐ Tak	☐ Ograniczenie zdolności	☐ Nie
Posiadane kwalifikacje zawodowe	☐ Brak	☐ Niskie	☐ Dobre
Zmiana/uzupełnienie kwalifikacji zawodowych	☐ Konieczna	☐ Wskazana	☐ Nieuzasadniona
Wiedza i umiejętności zawodowe	☐ Zgodne	☐ Pokrewne	☐ Niezgodne
Motywacja do udziału w szkoleniu	☐ Wysoka	☐ Niska	☐ Brak
Posiadanie predyspozycji zawodowych do wykonywania zawodu lub czynności związanych z wnioskowanym szkoleniem	☐ Zgodne	☐ Pokrewne	☐ Niezgodne

Data:

Podpis doradcy klienta:

2. Informacja specjalisty do spraw rozwoju zawodowego:

Czy kandydat na szkolenie należy do osób będących w szczególnej sytuacji na rynku pracy (art. 49 ustawy):		
• bezrobotny długotrwale	☐ TAK	☐ NIE
• bezrobotny do 30 roku życia	☐ TAK	☐ NIE
• bezrobotny powyżej 50 roku życia	☐ TAK	☐ NIE
• bezrobotny korzystający ze świadczeń z pomocy społecznej	☐ TAK	☐ NIE
• bezrobotny posiadający co najmniej jedno dziecko do 6 roku życia lub co najmniej jedno dziecko niepełnosprawne do 18 roku życia	☐ TAK	☐ NIE
• bezrobotny niepełnosprawny	☐ TAK	☐ NIE
Czy kandydat na szkolenie posiada gwarancję zatrudnienia po ukończonym szkoleniu	☐ TAK	☐ NIE
Dodatkowe informacje		
data rejestracji / okres rejestracji		
data urodzenia / wiek		
wykształcenie i kwalifikacje		
zawód wyuczony		
zawód wykonywany ostatnio		
zawód wykonywany najdłużej		
Czy kandydat na szkolenie w okresie ostatnich 3 lat uczestniczył w szkoleniach organizowanych przez PUP. Jeżeli tak, podać nazwę, termin i koszt szkolenia:	☐ TAK	☐ NIE
Orientacyjne koszty szkolenia:		

Data:

Podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego:

3. Decyzja Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy

- ☐ Kandydat zakwalifikowany na szkolenie
- ☐ Kandydat nie zakwalifikowany na szkolenie

Uzasadnienie:

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

Data:

Podpis i pieczęć Dyrektora:

Informacja dotycząca zapewnienia dostępności

Wyjaśnienie pojęć:

bariera – oznacza przeszkodę lub ograniczenie architektoniczne, cyfrowe lub informacyjno-komunikacyjne, które uniemożliwia lub utrudnia osobom ze szczególnymi potrzebami udział

w różnych sferach życia na zasadzie równości z innymi osobami,

dostępność – oznacza dostępność architektoniczną, cyfrową oraz informacyjno-komunikacyjną będącą wynikiem uwzględnienia uniwersalnego projektowania albo zastosowania racjonalnego usprawnienia,

osoba ze szczególnymi potrzebami – oznacza osobę, która ze względu na swoje cechy zewnętrzne lub wewnętrzne, albo ze względu na okoliczności, w których się znajduje, musi podjąć dodatkowe działania lub zastosować dodatkowe środki w celu przezwyciężenia bariery, aby uczestniczyć w różnych sferach życia na zasadzie równości z innymi osobami.

Jestem osobą ze szczególnymi potrzebami ☐TAK ☐NIE

Jeżeli TAK, proszę wskazać jakie bariery Pan/Pani posiada:

☐ **bariera architektoniczna** ☐TAK ☐NIE

Jeżeli TAK, proszę wskazać minimalne wymagania służące zapewnieniu dostępności:

- ☐ zapewnienie wolnych od barier poziomych i pionowych przestrzeni komunikacyjnych budynków,
- ☐ instalacja urządzeń lub zastosowanie środków technicznych i rozwiązań architektonicznych w budynku, które umożliwiają dostęp do wszystkich pomieszczeń, z wyłączeniem pomieszczeń technicznych,
- ☐ zapewnienie informacji na temat rozkładu pomieszczeń w budynku, co najmniej w sposób wizualny i dotykowy lub głosowy,
- ☐ zapewnienie wstępu do budynku osobie korzystającej z psa asystującego,
- ☐ inne alternatywne rozwiązanie

.....
.....

☐ **bariera cyfrowa** ☐TAK ☐NIE

Jeżeli TAK, proszę wskazać minimalne wymagania służące zapewnieniu dostępności:

- ☐ taka właściwość strony internetowej lub aplikacji mobilnej, która umożliwi użytkownikowi skorzystanie ze wszystkich oferowanych przez nie funkcji,
- ☐ taka właściwość strony internetowej lub aplikacji mobilnej, która umożliwi tej stronie lub aplikacji współpracę z możliwie największą liczbą programów, w tym z narzędziami i programami wspomagającymi osoby niepełnosprawne,
- ☐ taka właściwość strony internetowej lub aplikacji mobilnej, która umożliwi jej odbiór przez użytkownika za pomocą zmysłu słuchu, wzroku lub dotyku,
- ☐ taka właściwość strony internetowej lub aplikacji mobilnej, która umożliwi użytkownikowi tych stron i aplikacji zrozumienie treści i sposobu ich prezentacji,
- ☐ inne alternatywne rozwiązanie

.....

.....

- ☐ **bariera informacyjno komunikacyjna** ☐ **TAK** ☐ **NIE**

Jeżeli TAK, proszę wskazać minimalne wymagania służące zapewnieniu dostępności:

- ☐ obsługa z wykorzystaniem środków wspierających komunikowanie się, lub przez wykorzystanie zdalnego dostępu online do usługi tłumacza przez strony internetowe i aplikacje,
- ☐ instalacja urządzeń lub innych środków technicznych do obsługi osób słabosłyszących, w szczególności pętli indukcyjnych, systemów FM lub urządzeń opartych o inne technologie, których celem jest wspomaganie słyszenia,
- ☐ zapewnienie na stronie internetowej danego podmiotu informacji o zakresie jego działalności – w postaci elektronicznego pliku zawierającego tekst odczytywalny maszynowo, nagrania treści w polskim języku migowym oraz informacji w tekście łatwym do czytania,
- ☐ zapewnienie, na wniosek osoby ze szczególnymi potrzebami, komunikacji z podmiotem publicznym w formie określonej w tym wniosku.
- ☐ inne alternatywne rozwiązanie

.....

.....

data:

podpis kandydata na szkolenie: