

Znak sprawy CAZ/PZ..... .2026. ...

Miejscowość: _____

Data: _____ / _____ / 2026 r.



Wniosek o sfinansowanie szkolenia

_____ i / lub _____

Wniosek o sfinansowanie kosztów potwierdzenia nabycia wiedzy i umiejętności lub uzyskania dokumentu potwierdzającego nabycie wiedzy lub umiejętności

Podstawa prawna organizacji szkoleń:

- art. 99 ust. 1 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia
- rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 24 października 2025 r. w sprawie sposobu i trybu realizacji przez starostę pomocy bezrobotnym i poszukującym pracy w nabywaniu wiedzy, umiejętności lub kwalifikacji (Dz.U. z 2025 r. poz. 1499)

1. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKODAWCY

Imię: _____

Nazwisko: _____

Czy wnioskodawca jest cudzoziemcem?: (zaznaczyć właściwe): TAK NIE

PESEL a w przypadku jego braku rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość _____

2. DANE ADRESOWE WNIOSKODAWCY

Ulica: _____

Nr domu / Nr lokalu: _____

/

Kod pocztowy: _____

Miejscowość: _____

Telefon: _____

e-mail: _____

Adres do doręczeń: _____

Posiadam konto na **praca.gov.pl**

i wyrażam zgodę na wysyłkę korespondencji w sprawie wniosku:

TAK

NIE

3. NAZWA WNIOSKOWANEGO SZKOLENIA:

4. UZASADNIENIE CELOWOŚCI SKIEROWANIA NA SZKOLENIE / SKIEROWANIA NA SZKOLENIE Z POTWIERDZENIEM NABYCIA WIEDZY I UMIEJĘTNOŚCI

Należy wykazać konieczność uzyskania, zmiany lub uzupełnienia kwalifikacji zawodowych w odniesieniu do szans na podjęcie i utrzymanie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej.

Na okoliczność potwierdzenia uzasadnienia celowości w załączeniu do wniosku przedkładam:

- OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O ZAMIARZE ZATRUDNIENIA / UTRZYMANIA ZATRUDNIENIA
- OŚWIADCZENIE O ZAMIARZE PODJĘCIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ LUB WZNOWIENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ
- inne jakie:

5. INFORMACJE O WNIOSKOWANYM SZKOLENIU

Nazwa instytucji szkoleniowej

wpisanej do rejestru podmiotów, które zapewniają należyte świadczenie usług doradczych i szkoleniowych tj. Bazy Usług Szkoleniowych - <https://uslugirozwojowe.parp.gov.pl/>

NIP:

Data (dd / mm / rrrr)

Data (dd / mm / rrrr)

Termin realizacji szkolenia: od: do:

Koszt szkolenia:

Liczba godzin szkolenia:

Inne istotne informacje o wnioskowanym szkoleniu, w tym uzasadnienie wyboru instytucji szkoleniowej:

6. INFORMACJE DOT. POTWIERDZENIA NABYCIA WIEDZY I UMIEJĘTNOŚCI (np. egzamin - jeżeli dotyczy)

Wniosuję o sfinansowanie kosztów potwierdzenia nabycia wiedzy i umiejętności:

TAK

NIE

Jeżeli TAK, należy wypełnić:

- Nazwa dokumentu potwierdzającego nabycie wiedzy i umiejętności:
- Planowany termin uzyskania wyżej wymienionego dokumentu:
- Termin egzaminu (jeśli dotyczy):
- Nazwa instytucji potwierdzającej nabycie wiedzy i umiejętności:
- Adres instytucji:
- Nr rachunku płatniczego instytucji potwierdzającej nabycie wiedzy i umiejętności:
- Koszt potwierdzenia nabycia wiedzy i umiejętności:
- Uzasadnienie potrzeby sfinansowania tych kosztów:

7. OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że w okresie ostatnich trzech lat od daty złożenia wniosku korzystałam/łem z poniższych form pomocy:

- szkolenia: tak, nie*
- kosztów potwierdzenia nabycia wiedzy i umiejętności lub kosztów uzyskania dokumentu potwierdzającego nabycie wiedzy i umiejętności: tak, nie*
- bonu na kształcenie ustawiczne: tak, nie*
- opłaty pobieranej za postępowanie nostryfikacyjne albo postępowanie, o którym mowa w art. 327 ust. 3 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce: tak, nie*
- opłaty za przeprowadzenie postępowania i wydanie decyzji w sprawie uznania kwalifikacji zawodowych do wykonywania zawodu regulowanego albo do podejmowania lub wykonywania działalności regulowanej, o której mowa w art.14 ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej:
tak, nie*

* *zaznaczyć właściwie*

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „tak” należy wskazać urząd pracy, który finansował daną formę pomocy, rok jej przyznania oraz koszt:

Przyjmuję do wiadomości, że złożenie wniosku nie jest jednoznaczne z jego pozytywnym rozpatrzeniem.

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem. Jestem świadomy, że podanie nieprawdziwych danych może spowodować powstanie odpowiedzialności prawnej przewidzianej w powszechnie obowiązujących przepisach prawa.

/data i podpis wnioskodawcy/

8. ADNOTACJE POWIATOWEGO URZĘDU PRACY W ZAKRESIE ZASADNOŚCI UDZIELENIA FORMY POMOCY

1. Opinia specjalisty ds. rozwoju zawodowego:

- Status wnioskodawcy:
 - Bezrobotny
 - Poszukujący pracy
- Łączne koszty form pomocy udzielonych Wnioskodawcy przez PUP w kolejnych 3 latach nie przekroczyły kwoty 450% przeciętnego wynagrodzenia zgodnie z art. 108 ustawy
 - Tak
 - Nie
- Kandydat spełnia następujące warunki pierwszeństwa w skierowaniu do udziału w formie pomocy:
 - bezrobotny posiadający Kartę Dużej Rodziny;
 - bezrobotny powyżej 50 roku życia;
 - bezrobotny bez kwalifikacji zawodowych;
 - bezrobotny z niepełnosprawnością;
 - długotrwale bezrobotny;
 - bezrobotny i poszukujący pracy, będący osobami do 30 roku życia;
 - bezrobotnym samotnie wychowującym co najmniej jedno dziecko.
- Cel szkolenia:
 - przyuczenie do zawodu
 - przekwalifikowanie
 - doskonalenie zawodowe
- Czy występuje konieczność skierowania na badania lekarskie lub psychologiczne:
 - Tak
 - Nie
- Czy występuje konieczność skierowania do doradcy zawodowego:
 - Tak
 - Nie
- Dodatkowe konsultacje/uwagi:

(data i podpis)

2. Opinia doradcy ds. zatrudnienia:

[Empty box for opinion]

- Dodatkowe konsultacje/uwagi:

[Empty box for additional consultations/remarks]

[Empty line for date and signature]

(data i podpis)

3. Opinia doradcy zawodowego (fakultatywna):

[Empty box for opinion]

- Dodatkowe konsultacje/uwagi:

[Empty box for additional consultations/remarks]

[Empty line for date and signature]

(data i podpis)

Decyzja Powiatowego Urzędu Pracy:

W dniu _____ komisja w składzie:

(pieczęć i podpis)

(pieczęć i podpis)

(pieczęć i podpis)

(pieczęć i podpis)

zaopiniowała wniosek:

- Pozytywnie
- Negatywnie z powodu:

- Źródło finansowania: _____
- Kwota: _____
- Uwagi do wniosku:

Kierownik Centrum Aktywizacji Zawodowej:

(pieczęć i podpis)

Zatwierdzam / Nie zatwierdzam

Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy w Raciborzu