

**WNIOSEK OSOBY POSZUKUJĄCEJ PRACY NIEPEŁNOSPRAWNEJ
O SKIEROWANIE NA SZKOLENIE**

I. WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

1. Imię i nazwisko _____
2. Adres do korespondencji _____
3. PESEL /w przypadku cudzoziemca numer dokumentu stwierdzającego tożsamość i adres zamieszkania tej osoby/ _____
4. Telefon kontaktowy _____
5. Adres e-mail _____
6. Nazwa szkolenia _____

7. Uzasadnienie celowości szkolenia _____

/data i podpis Wnioskodawcy/

II. WYPEŁNIA POWIATOWY URZĄD PRACY

1. Czy Wnioskodawca spełnia kryteria skierowania na szkolenie?
☐ tak termin _____
☐ nie
2. Czy Wnioskodawca wymaga skierowania do doradcy zawodowego?
☐ tak
☐ nie
3. Opinia doradcy:
☐ pozytywna
☐ negatywna
/w załączeniu opinia doradcy/
4. Wynik weryfikacji wniosku:
☐ pozytywny
☐ negatywny

/data i podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego/