 

Formularz CAZ.0132-10/2024

obowiązuje od dnia 01.02.2024r.

**WNIOSEK KANDYDATA NA SZKOLENIE INDYWIDUALNE**

**(w związku z zamiarem podjęcia zatrudnienia po zakończeniu szkolenia)**

**Cz. I. Wypełnia kandydat na szkolenie**

**Nazwisko i imię**

|  |
| --- |

**PESEL**

|  |
| --- |

**Adres zamieszkania**

|  |
| --- |

**Numer telefonu**

|  |
| --- |

**Nazwa szkolenia, którym zainteresowany jest kandydat**

|  |
| --- |

**Wykształcenie**

| **Nazwa szkoły** | **Rok ukończenia** | **Tytuł zawodowy/zawód wyuczony** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Przebieg zatrudnienia**

| **Lata zatrudnienia od-do** | **Nazwa zakładu pracy** | **Stanowisko/wykonywane czynności** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Informacja o uczestnictwie w szkoleniach finansowanych ze środków Funduszu Pracy**\* - zaznaczyć właściwe

| W okresie ostatnich 3 lat **nie uczestniczyłem(am)** w szkoleniu finansowanym ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania z Powiatowego Urzędu Pracy |  |
| --- | --- |
| W okresie ostatnich 3 lat **uczestniczyłem(am)**\* w szkoleniu finansowanym ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania z Powiatowego Urzędu Pracy |  |

Wypełnić w przypadku uczestnictwa w szkoleniu w okresie ostatnich 3 lat

| **Nazwa szkolenia** | **Powiatowy Urzędu Pracy, który wydał skierowanie** | **Koszt szkolenia** | **Termin szkolenia** |
| --- | --- | --- | --- |
|  | PUP w |  |  |

**Uzasadnienie celowości uczestnictwa w szkoleniu -** należy wykazać czy istnieje potrzeba uzyskania, zmiany, uzupełnienia kwalifikacji zawodowych, bądź czy w następstwie utraty zdolności do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie niezbędne jest przekwalifikowanie zawodowe

|  |
| --- |

**Złożenie wniosku nie oznacza zakwalifikowania na szkolenie.**

**Podpis kandydata na szkolenie**

|  |
| --- |

**Cz. II. Informacja RODO**

Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - dalej RODO) informuję, że:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych przetwarzanych w zbiorze danych osobowych Powiatowego Urzędu Pracy w Mielcu jest Powiatowy Urząd Pracy w Mielcu; siedziba: Mielec, ul. Chopina 16 A, kod pocztowy 39-300; nr telefonu: 17 788-00-50 ; e-mail: sekretariat@pup.mielec.pl,
2. kontakt z inspektorem ochrony danych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Mielcu - nr telefonu: 17 788-00-50; e-mail: inspektor\_odo@pup.mielec.pl,
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu:
   * realizacji zadań ustawowych spoczywających na służbach zatrudnienia w zakresie niezbędnym do udzielenia wsparcia i pomocy osobom bezrobotnym, poszukującym pracy, art. 6 ust 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r ,
   * przekazywania Pani/Panu – za Pani /Pana zgodą - przez pracowników urzędu informacji związanej z udzielaną pomocą, w tym powiadomień związanych ze szkoleniem z wykorzystaniem Pani/Pana danych teleadresowych (nr telefonu, adres e-mail)- art. 6 ust 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
   * dane osobowe przetwarzane przez PUP podlegają zabezpieczeniom zapobiegającym nadużyciom lub niezgodnemu z prawem dostępowi,
4. odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa. Będziemy przekazywać Pani/Pana dane w szczególności nw. grupom odbiorców: podmiotom przetwarzającym, z którymi zawarliśmy umowy o przetwarzanie danych; odbiorcom danych, którym z mocy przepisów prawa mamy obowiązek udostępnić Pani/Pana dane we wskazanym przez nich zakresie; innym odbiorcom danych np. bankom, kurierom w zakresie prowadzonych przez nich usług dedykowanych dla Pani/Pana,
5. Pani/Pana dane osobowe i dokumenty po wyłączeniu z Rejestru bezrobotnych i poszukujących pracy będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa,
6. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.,
7. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu,
8. posiada Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, w przypadku danych, których przetwarzanie odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) lub art. 9 ust. 2 lit. a) RODO.

**Cz. III. Opinia doradcy klienta** -właściwe zaznaczyć

| Szkolenie przewidziano w Indywidualnym Planie Działania | TAK | NIE |
| --- | --- | --- |
| Brak możliwości zapewnienia odpowiedniej pracy | TAK | NIE |
| Brak kwalifikacji zawodowych | TAK | NIE |
| Konieczność zmiany lub uzupełnienia kwalifikacji | TAK | NIE |
| Utrata zdolności do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie | TAK | NIE |
| Data i podpis doradcy klienta: | | |

**Cz. III. Opinia doradcy zawodowego**

|  |
| --- |
|  |
| Data i podpis doradcy zawodowego: |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Szczególna sytuacja na rynku pracy (art. 49 ustawy) | TAK | NIE |
| Zbieg ubezpieczenia | TAK | NIE |
| Data i podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego: | | |

**Cz. V. Kwalifikacja na szkolenie** -właściwe zaznaczyć

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kandydat zakwalifikowany | TAK | NIE |
| Data i podpis: | | |