|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Powiatowy Urząd Pracy w Olkuszu** | Nr wniosku: |
| Data wpływu do Urzędu: |
| WNIOSEK  o sfinansowanie kosztów studiów podyplomowych zgodnie z art. 42a ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy | | |
| DANE WNIOSKODAWCY | | |
| Nazwisko i Imię |  | |
| PESEL lub nr dokumentu stwierdzającego tożsamość  w przypadku cudzoziemca: |  | |
| Adres zamieszkania: |  | |
| Nr telefonu: |  | |
| Email: |  | |
| Poziom wykształcenia: |  | |
| Zawód wyuczony: |  | |
| Zawód ostatnio wykonywany: |  | |
| INFORMACJE O STUDIACH PODYPLOMOWYCH I ICH KOSZCIE | | |
| Nazwa kierunku studiów podyplomowych: |  | |
| Nazwa organizatora studiów podyplomowych: |  | |
| Adres organizatora studiów podyplomowych: |  | |
| Wnioskowana wysokość środków z Funduszu Pracy na sfinansowanie kosztów studiów podyplomowych: |  | |
| Całkowita wysokość opłaty za studia podyplomowe: |  | |
| Deklarowana przez wnioskodawcę wysokość opłaty za studia podyplomowe z własnych środków: |  | |
| Termin realizacji studiów podyplomowych: | Data rozpoczęcia:  Data zakończenia: | |
| UZASADNIENIE POTRZEBY FINANSOWANIA WNIOSKOWANEGO KIERUNKU STUDIÓW PODYPLOMOWYCH | | |
|  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Uwaga! Wniosek niekompletny i nieprawidłowo wypełniony nie zostanie uwzględniony do rozpatrzenia.** | |
| ZAŁĄCZNIKI | |
| * Oświadczenie wnioskodawcy (załącznik nr 1 do wniosku) * Informacja o studiach podyplomowych wydana przez organizatora studiów podyplomowych  (załącznik nr 2 do wniosku) * Oświadczenie pracodawcy o zamiarze powierzenia odpowiedniej pracy (formularz A do wniosku) * Deklaracja podjęcia działalności gospodarczej przez Wnioskodawcę (formularz B do wniosku) | |
| Data i podpis Wnioskodawcy |  |

| SPOSÓB ROZPATRZENIA WNIOSKU (wypełnia Powiatowy Urząd Pracy w Olkuszu) | |
| --- | --- |
| Opinia Doradcy Klienta   * pozytywna * negatywna | |
| Uzasadnienie wnioskowanego wsparcia z ustaleniami założonymi w Indywidualnym Planie Działania:   * TAK - wnioskowane studia podyplomowe są zgodne z założeniami IPD * NIE - wnioskowane studia podyplomowe nie są zgodne z założeniami IPD | |
| Data i podpis Doradcy Klienta |  |
| Decyzja Dyrektora PUP lub osoby upoważnionej   * akceptuję do realizacji * opiniuję negatywnie | |
| Data i podpis Dyrektora PUP lub osoby upoważnionej |  |