|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **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 |  |