



Centrum Aktywizacji
Zawodowej

CENTRUM AKTYWIZACJI ZAWODOWEJ

ul. Plebiscytowa 3/7 • 41-600 Świętochłowice • tel. 032 3462 700 • fax 032 3462 729 • www.pup-swietochlowice.pl



PUP Świętochłowice

pieczęć Wnioskodawcy

Miejscowość i data

WNIOSEK

w sprawie gotowości utworzenia miejsc przygotowania zawodowego dorosłych w formie:

- **praktycznej nauki zawodu dorosłych ***
- **przyuczenie do pracy dorosłych***

Na zasadach określonych w art. 53a Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20 kwietnia 2004r. (Dz. U. z 2013 r. poz. 674, z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 11 kwietnia 2014r. w sprawie przygotowania zawodowego dorosłych (Dz. U. poz. 497)

I. DANE PRACODAWCY:

1. Firma, siedziba i miejsce prowadzenia działalności:

.....
.....

2. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania:.....

tel.

fax.

e-mail

II. ZGŁOSZENIE PRZYGOTOWANIA ZAWODOWEGO DOROSŁYCH ORGANIZOWANEGO PRZEZ PRACODAWCĘ:

1. Liczba przewidywanych miejsc pracy przygotowania zawodowego dorosłych:

Ogółem:

.....

2. Czas trwania przygotowania zawodowego dorosłych:

od do tj. m-cy dla osób

3. Nazwa i kod zawodu zgodnie z klasyfikacją zawodów szkolnictwa zawodowego lub ze strukturą klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy.

.....



Centrum Aktywizacji
Zawodowej

CENTRUM AKTYWIZACJI ZAWODOWEJ



ul. Plebiscytowa 3/7 • 41-600 Świętochłowice • tel. 032 3462 700 • fax 032 3462 729 • www.pup-swietochlowice.pl PUP Świętochłowice

*** właściwe zaznaczyć**

4. Wykaz zadań zawodowych przewidzianych do realizacji u pracodawcy:

.....
.....
.....

5. Wykaz nabywanych kwalifikacji zawodowych lub umiejętności:

.....
.....

6. Wymagane kwalifikacje bezrobotnego:

A/wykształcenie:.....

B/predyspozycje psychofizyczne i zdrowotne

.....
.....

C/ dodatkowe kwalifikacje.....

.....

7. Miejsce wykonywania przygotowania zawodowego dorosłych:

.....

8. Dane osobowe opiekuna bezrobotnego(pracownika proponowanego do sprawowania
opieki nad odbywaniem przygotowania zawodowego dorosłych):

imię i nazwisko

stanowisko.....

kwalifikacje instruktora praktycznej nauki zawodu (zgodne z rozporządzeniem Ministra Edukacji
Narodowej i Sportu z dnia 1 lipca 2002r. w sprawie praktycznej nauki zawodu Dz.U. nr 113, poz. 988
ze zm.):.....

.....
.....

numer telefonu

9. Proponowany sposób uzyskania przez uczestników wiedzy teoretycznej przewidzianej programem
przygotowania zawodowego dorosłych, niezbędnej do realizacji zadań zawodowych



Centrum Aktywizacji
Zawodowej

CENTRUM AKTYWIZACJI ZAWODOWEJ



ul. Plebiscytowa 3/7 • 41-600 Świętochłowice • tel. 032 3462 700 • fax 032 3462 729 • www.pup-swietochlowice.pl **PUP Świętochłowice**

.....
.....
10. Instytucja wskazana przez pracodawcę do przeprowadzenia egzaminu kwalifikacyjnego na tytuł zawodowy lub egzaminu czeladniczego.

.....
11. Wykaz wydatków, które będzie ponosił pracodawca na uczestników przygotowania zawodowego dorosłych:

Lp.	Wyszczególnienie rodzaju wydatków	Kwota (w złotych)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
Razem		