



## KARTA KANDYDATA NA SZKOLENIE GRUPOWE

Kurs obsługi komputera z zakresu przetwarzania tekstów i arkusza kalkulacyjnego na poziomie podstawowym z egzaminem ECDL

### Cz. I. WYPEŁNIA KANDYDAT NA SZKOLENIE

1. Nazwisko i imię:

2. Data urodzenia:

3. Adres zamieszkania:

4. Wykształcenie :

- Podstawowe       Gimnazjalne       Zasadnicze branżowe       Zasadnicze zawodowe
- Średnie branżowe       Średnie zawodowe       Średnie zawodowe 4-letnie       Średnie ogólnokształcące
- Pomaturalne/policealne       Wyższe (w tym licencjat)

kierunek:

5. Umiejętność obsługi komputera (należy wskazać zakres oraz poziom np. edytor tekstu – podstawowy, arkusz kalkulacyjny – bardzo dobrze, PowerPoint – dobrze itd.):

- |  |                                   |                                 |  |
|--|-----------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Edytor tekstu             | <input type="checkbox"/> podstawy | <input type="checkbox"/> dobrze | <input type="checkbox"/> bardzo dobrze |
| <input type="checkbox"/> Arkusz kalkulacyjny       | <input type="checkbox"/> podstawy | <input type="checkbox"/> dobrze | <input type="checkbox"/> bardzo dobrze |
| <input type="checkbox"/> grafika menadżerska       | <input type="checkbox"/> podstawy | <input type="checkbox"/> dobrze | <input type="checkbox"/> bardzo dobrze |
| <input type="checkbox"/> Inne <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> podstawy | <input type="checkbox"/> dobrze | <input type="checkbox"/> bardzo dobrze |

6. Zawód/y najdłużej wykonywany/e, które wymagały ode mnie umiejętności związanych z obsługą komputera:

7. Posiadane uprawnienia, umiejętności, którymi mogę zainteresować potencjalnego pracodawcę:

8. Zawody/obszary zatrudnienia, w jakich chcę głównie poszukiwać pracy i które wymagają umiejętności związanych z zakresem wnioskowanego przeze mnie szkolenia (należy wskazać):

**DANE DOBROWOLNE** – wymagają podpisania zgody znajdującej się na odwrocie karty kandydata na szkolenie

9. Nr telefonu:

10. e-mail:

11. Jestem osobą ze szczególnymi potrzebami<sup>1</sup>.

TAK  NIE

W związku z tym zależy mi aby w trakcie realizacji szkolenia zapewniona została mi jako osobie ze szczególnymi potrzebami dostępność, w następującym zakresie<sup>2</sup> (należy wpisać potrzeby i wymagania, jakie będą służyć zapewnieniu dostępności):

**Oświadczam, że** w okresie ostatnich trzech lat<sup>3</sup>:

- nie uczestniczyłem (am)** w szkoleniu/ach finansowanym/ch ze środków Funduszu Pracy.  
 **uczestniczyłem(am)** w szkoleniu/ach pn.:

finansowanym/ch ze środków Funduszu Pracy na podstawie skierowania z Powiatowego Urzędu Pracy w

(miejscowość, w miarę możliwości proszę podać dokładny adres)

**Pouczenie:** Koszty szkoleń bezrobotnych nie mogą przekroczyć dziesięciokrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę na jedną osobę w okresie kolejnych trzech lat (art. 109a ust. 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, t.j. Dz. U. 2024.475).

Ja niżej podpisany pouczone zostałem o obowiązku zwrotu kosztów szkolenia w przypadku nieukończenia go z własnej winy lub w przypadku gdy skierowanie na szkolenie nastąpiło na podstawie nieprawdziwych oświadczeń lub sfałszowanych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd powiatowego urzędu pracy przez osobę skierowaną na szkolenie. (art. 76 ust.2 pkt. 4 u stawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, t.j. Dz. U. 2024.475). Tym samym potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość informacji i złożonego powyżej oświadczenia.

- 1 Dane dobrowolne, które mogą odznaczyć osoby ze szczególnymi potrzebami, jeżeli ze względu na swoje cechy zewnętrzne lub wewnętrzne, albo ze względu na okoliczności, w których się znajdują, muszą podjąć dodatkowe działania lub zastosować dodatkowe środki w celu przezwyciężenia bariery, aby uczestniczyć w różnych sferach życia na zasadzie równości z innymi osobami.  
2 Wskazując zakres, należy odnieść się do dostępności architektonicznej, cyfrowej lub informacyjno-komunikacyjnej.  
3 Właściwie zakreślić i uzupełnić o wymagane informacje.

**Powiatowy Urząd Pracy w Wałbrzychu**

ul. Ogrodowa 5B, 58-306 Wałbrzych, tel.: 74 840 07 300, e-mail: [kancelaria@urzadpracy.pl](mailto:kancelaria@urzadpracy.pl), [www.walbrzych.praca.gov.pl](http://www.walbrzych.praca.gov.pl)

(miejsowość i data: dd, mm, rrrr)

(czytelny podpis kandydata na szkolenie)

### INFORMACJA

- Podanie danych zawartych w pkt. 8 - 10 w karcie kandydata na szkolenie grupowe jest dobrowolne.
- Numer telefonu lub adres e-mail posłuży Powiatowemu Urzędowi Pracy w Wałbrzychu (zwanym dalej PUP) do ułatwienia kontaktu z Panią/Panem w sprawach dotyczących realizacji obowiązków spoczywających na PUP. Informacja o tym, iż jest Pan/Pani osobą ze szczególnymi potrzebami, pozwoli ustalić czy wybrana do realizacji szkolenia instytucja zapewnia lub jest w stanie zapewnić dostępność architektoniczną i/lub cyfrową i/lub informacyjno-komunikacyjną na poziomie odpowiadającym Pani/Pana potrzebom.
- Przysługuje Panu/Pani prawo wglądu do treści swoich danych osobowych i ich poprawienia.
- Dane osobowe zawarte w karcie kandydata na szkolenie grupowe będą przetwarzane przez PUP zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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).
- Obowiązki PUP oraz Pani/Pana prawa są zawarte w klauzuli informacyjnej, z którą powinien zapoznać Panią/Pana nasz pracownik po dokonaniu rejestracji w PUP.

### KLAUZULA ZGODY

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowy Urząd Pracy w Wałbrzychu danych osobowych w zakresie ujętym w pkt. 8 – 10 w celu ułatwienia Powiatowemu Urzędowi Pracy w Wałbrzychu kontaktu ze mną w ramach realizacji obowiązków spoczywających na służbach zatrudnienia w zakresie niezbędnym do udzielenia wsparcia i pomocy zarejestrowanym osobom bezrobotnym/poszukującym pracy oraz w celu zapewnienia realizacji usługi szkoleniowej z uwzględnieniem dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami, o ile taka uzasadniona potrzeba zachodzi.

(miejsowość i data: dd, mm, rrrr)

(czytelny podpis kandydata na szkolenie – wyrażającego zgodę)

### UWAGA!

1. Złożenie tego dokumentu nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem Wnioskodawcy na szkolenie.
2. Osoby, które do karty kandydata na szkolenie dołączyły oświadczenie pracodawcy o zamiarze jej zatrudnienia po szkoleniu mają większe szanse na udział w szkoleniu.
3. Powiatowy Urząd Pracy w Wałbrzychu skontaktuje się telefonicznie tylko z osobami, które decyzją Zespołu ds. rozpatrywania zgłoszeń osób uprawnionych do szkoleń, zostaną zakwalifikowane na szkolenie.