

KARTA KANDYDATA NA SZKOLENIE GRUPOWE

Kurs obsługi komputera dotyczący obsługi arkusza kalkulacyjnego na poziomie podstawowym, standardowej grafiki menadżerskiej 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, grafika menadżerska – dobrze itd.):

- | | | | |
|--|-----------------------------------|---------------------------------|--|
| ☐ Edytor tekstu | ☐ podstawy | ☐ dobrze | ☐ bardzo dobrze |
| ☐ Arkusz kalkulacyjny | ☐ podstawy | ☐ dobrze | ☐ bardzo dobrze |
| ☐ grafika menadżerska | ☐ podstawy | ☐ dobrze | ☐ bardzo dobrze |
| ☐ Inne <input type="text"/> | ☐ podstawy | ☐ dobrze | ☐ 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 potrzebami¹.

☐ TAK

☐ NIE

W związku z tym zależy mi aby w trakcie realizacji szkolenia zapewniona została mi jako osobie ze szczególnymi potrzebami dostępność, w następującym zakresie² (należy wpisać potrzeby i wymagania, jakie będą służyć zapewnieniu dostępności):

Oświadczam, że w okresie ostatnich trzech lat³:

☐ **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 ze zm.).

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 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, t.j. Dz. U. 2024.475 ze zm.). 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 Właściwe zakreślić i uzupełnić o wymagane informacje.

(miejscowość i data: dd, mm, rrrr)

(czytelny podpis kandydata na szkolenie)

INFORMACJA

- Podanie danych zawartych w pkt. 9 - 11 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. 9 – 11 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.

(miejscowość 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.