Powiatowy Urząd Pracy w Policach
ul. Tadeusza Kościuszki 5, 72-010 Police
centrala 91 424 08 60
fax 91 317 66 81
e-mail: szpo@praca.gov.pl

Krajowy Fundusz Szkoleniowy

URZĄD PRACY

www.police.praca.gov.pl

Znak: II……...

.....
(miejscowość, data)

**POWIATOWY URZĄD PRACY**
**UL. TADEUSZA KOŚCIUSZKI 5**
**72 - 010 POLICE**

**WNIOSEK**
**DOTYCZĄCY SFINANSOWANIA STUDIÓW PODYPLOMOWYCH**

**POUCZENIE**

- Wniosek należy złożyć w formie:
  papierowej osobiście lub za pośrednictwem poczty na adres tut. Urzędu (ul. Tadeusza Kościuszki 5, 72-010 Police) lub elektronicznej poprzez platformę **www.praca.gov.pl** po opatrzeniu kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub profilem zaufanym.
- Wniosek wypełniony nieczytelnie lub niepoprawnie, podpisany przez nieupoważnioną osobę, nie zawierający pełnych informacji oraz bez kompletu załączników nie będzie rozpatrywany,
- Rozpatrzenie wniosku nastąpi w terminie 30 dni od dnia jego złożenia
- Złożenie wniosku nie zwalnia z obowiązku stawienia się na obowiązkowe wizyty w Urzędzie Pracy w wyznaczonych terminach.
- Do wniosku należy dołączyć zaświadczenie wystawione przez uczelnię potwierdzające podjęcie i czas trwania nauki, nazwę kierunku, numer konta bankowego oraz koszt organizacji studiów podyplomowych.
- **Ważne informacje dla wnioskodawcy:** po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku z wnioskodawcą zawarta zostanie umowa o dofinansowanie studiów podyplomowych, która określa w szczególności prawa i obowiązki stron oraz wysokość i tryb przekazywania środków na pokrycie kosztów studiów podyplomowych w formie bezpośrednich wpłat na konto organizatora tych studiów. Mając na uwadze powyższy zapis wniosek o sfinansowanie studiów podyplomowych można złożyć przed uiszczeniem opłaty za studia podyplomowe, nie ma możliwości zrefundowania poniesionych wcześniej kosztów.

## I. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

1. **Imię i nazwisko:** ……..……..

2. **PESEL:** (w przypadku cudzoziemca nr dokumentu potwierdzającego tożsamość)

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |

3. **Adres:** ……..……..

……..……..

4. **Telefon kontaktowy:** ……..……

5. **e-mail:** ……..……..

6. **Posiadany stopień niepełnosprawności:** ☐ tak ☐ nie

Centrum Aktywizacji Zawodowej

☐ lekki ☐ znaczny ☐ umiarkowany

7. **Data rejestracji w Urzędzie Pracy** ……..

8. **Poziom wykształcenia:** (należy podać nazwę uczelni, kierunek studiów oraz zdobyty tytuł naukowy) ……..

9. **Wyuczony zawód/zawody:** ……..

……..

11. **Ukończone kursy, szkolenia, (w tym szkolenia organizowane przez Urząd Pracy w Policach lub inny urząd oraz rok ich odbycia):** ……..

……..

## II. INFORMACJE DOTYCZĄCE STUDIÓW PODYPLOMOWYCH

1. **Nazwa studiów podyplomowych, o których sfinansowanie ubiega się wnioskodawca:** ……..

……..

2. **Nazwa uczelni organizującej studia podyplomowe:** ……..

……..

3. **Czas trwania studiów podyplomowych:** (należy podać miesiąc i rok planowanego rozpoczęcia i zakończenia studiów) ……..

……..

4. **Koszt organizacji studiów podyplomowych:**

☐ opłatę należy uiścić jednorazowo,

☐ koszt jest płatny w …… ratach po …… zł każda.

## III. UZASADNIENIE CELOWOŚCI UKOŃCZENIA STUDIÓW PODYPLOMOWYCH

……..

……..

……..

……..

……..

……..

……..

**DECYZJĘ W SPRAWIE SPOSOBU ROZPATRZENIA WNIOSKU**

☐ proszę przesłać w postaci dokumentu elektronicznego na wskazany poniżej adres e-mail:
.....

*Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (wynikającej z art. 233 kodeksu karnego) oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.*

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych przeze mnie moich danych osobowych, przez Powiatowy Urząd Pracy w Policach, w rozumieniu przepisów ustawy o ochronie danych osobowych (ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych – Dz. U. z 2019 r., poz. 1781.), oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, dla celów związanych z procedurą oceny złożonego przeze mnie wniosku.*

*Administrator – Powiatowy Urząd Pracy w Policach z siedzibą w Policach ul. T. Kościuszki 5. Pełna treść klauzuli informacyjnej dotyczącej obowiązków Administratora zamieszczona jest na stronie BIP (http://bip.pup.policki.pl), w zakładce „ochrona danych osobowych”.*

---------- ----------

(Miejscowość, data) (czytelny podpis osoby składającej wniosek)