Załącznik nr 4 do Zasad

**Karta oceny kandydata na szkolenie grupowe**

**Część I (wypełnia specjalista ds. rozwoju zawodowego)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię****Nazwisko** |  |
| **Pesel** |  | **Data****rejestracji** | ……….……….. |
| **Prawo do zasiłku** |  nie posiada | □ posiada w terminie od…………………. do………………… | □ bez ustalonego prawa do zasiłku |
| **Szkolenie zgodne z Indywidualnym Planem** **Działania** | □ Tak | □ Nie |
| **Kandydat w okresie 12 m-cy przed** **zgłoszeniem na szkolenie uczestniczył w szkoleniu finansowanym z Funduszu Pracy** (z wyjątkiem szkolenia z zakresu umiejętności poszukiwania pracy) | □ Tak | □ Nie |
| **Kandydat w okresie ostatnich 3 lat przed** **zgłoszeniem na szkolenie, uczestniczył w szkoleniu realizowanym w trybie indywidualnym (na własny wniosek) finansowanym z Funduszu Pracy i nie ukończył szkolenia, przerwał go z własnej winy lub nie podjął zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej w okresie 3 m-cy od zakończenia szkolenia** | □ Tak | □ Nie |
| **Kandydat w okresie ostatnich 3 lat przed zgłoszeniem na szkolenie uczestniczył w szkoleniu grupowym finansowanym z Funduszu Pracy i nie ukończył szkolenia lub przerwał go z własnej winy** | □ Tak | □ Nie |
| **Kandydat uczestniczył w szkoleniach finansowanych ze środków Funduszu Pracy w okresie ostatnich 3 lat, a łączna kwota środków obejmujących koszty szkolenia w tym okresie przekroczyła dziesięciokrotność minimalnego wynagrodzenia za pracę**  | □ Tak | □ Nie |
| **Kandydat spełnia warunki określone** **Planem Szkoleń (zgodnie z charakterystyką** **osób dla których szkolenie jest przeznaczone)** | □ Tak | □ Nie |

 **Kandydat spełnia warunki formalne:**

* **Tak**
* **Nie**

……………………………………
(data i podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego)

Uwagi:
……………………………………………………………………………………………….………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....…………………………………

 **Część II - wypełnia Specjalista ds. rozwoju zawodowego**

| **Kryterium oceny** | **Liczba** **punktów** |
| --- | --- |
| Brak kwalifikacji zawodowych (3 pkt) |  |
| Utrata zdolności do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie (2 pkt) |  |
| Konieczność zmiany lub uzupełnienia kwalifikacji (1 pkt) |  |
| **Liczba punktów** |  |

Kandydat został:

* zakwalifikowany do podjęcia działań zmierzających do skierowania na szkolenie grupowe
* zakwalifikowany do grupy rezerwowej
* niezakwalifikowany na szkolenie grupowe

Uwagi:
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Część III**

**A. Wypełnia specjalista ds. rozwoju zawodowego**

Skierowanie na szkolenie ma być poprzedzone skierowaniem na badania lekarskie

* **Tak**
* **Nie**

…………………………….…………………
(data i podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego)

 **B. Opinia doradcy zawodowego**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Brak przeciwwskazań zdrowotnych. Osoba zdolna do podjęcia pracy na wskazanym stanowisku pracy
* Przeciwwskazania zdrowotne. Osoba niezdolna do podjęcia pracy na wskazanym stanowisku pracy

…………….………………………….
(data i podpis doradcy zawodowego)

**C. Wypełnia specjalista ds. rozwoju zawodowego

KANDYDAT:**

* zakwalifikowany na szkolenie
* niezakwalifikowany na szkolenie - uzasadnienie:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………..
(data i podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego)