*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 prac 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**

UWAGI:

……………………………………………………..

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

……………………………………………………………………………………………….………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....

**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: | | |

**\****niepotrzebne skreślić*

**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)*