

Karta oceny kandydata na szkolenie grupowe**Część I (wypełnia specjalista ds. rozwoju zawodowego)**

Imię			
Nazwisko			
Pesel			Data rejestracji
Prawo do zasiłku	<input type="checkbox"/> nie posiada	<input type="checkbox"/> posiada w terminie od..... do.....	<input type="checkbox"/> bez ustalonego prawa do zasiłku
Szkolenie zgodne z Indywidualnym Planem Działania		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> 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)		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Kandydat spełnia warunki określone Planem Szkoleń (zgodnie z charakterystyką osób dla których szkolenie jest przeznaczone)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> 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)