Konin, dnia …………………………..

………………………………………..

(Imię i Nazwisko)

………………………………………..

(Adres zamieszkania bezrobotnego/poszukującego pracy)

……………………………………….

(Telefon)

………………… ……………………

(Data urodzenia) (Imię ojca)

**Powiatowy Urząd Pracy w Koninie**

ul. Zakładowa 4

62-510 Konin

**Wniosek o dofinansowanie studiów podyplomowych**

**Podstawa prawna:** art. 42austawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
(Dz. U. z 2024 r. poz. 475 z późń. zm.)

Cz. I. Wypełniona przez osobę bezrobotną/poszukującą pracy.

Proszę o dofinansowanie studiów podyplomowych ……………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

(nazwa kierunku studiów i uczelni)

UZASADNIENIE:

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

Wykształcenie: …………………………………………………………………………………………………………..

(nazwa i rok ukończenia szkoły)

Zawód:

- wyuczony …………………………………………………………………………………………………………..

- wykonywany najdłużej ……………………………………………………………………………………………………………

- wykonywany ostatnio ……………………………………………………………………………………………………………

Posiadane uprawnienia: ……………………………………………………………………………………………………………

 niepotrzebne skreślić

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby przez Powiatowy Urząd Pracy w Koninie zgodnie
 z Rozporządzeniem 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)

 ………….…………………………

(czytelny podpis osoby bezrobotnej/
poszukującego pracy)

OŚWIADCZENIE ORGANIZATORA

 STUDIÓW PODYPLOMOWYCH

 ………………………………………….

 (miejscowość i data)

………………………………………………………………………

 (pieczęć organizatora studiów podyplomowych)

1. Nazwa studiów podyplomowych:

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

1. Termin realizacji studiów podyplomowych: ……………………………………………………………….......................................................
2. Imię i nazwisko, PESEL uczestnika studiów podyplomowych: ………………………………..………...…………………………………………………………..
3. Nazwa i adres organizatora studiów podyplomowych wraz z telefonem kontaktowym, NIP, REGON:

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

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

1. Nazwa banku oraz numer rachunku organizatora studiów podyplomowych: …………………..…………………………………………………………………………………..

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

1. Koszt studiów podyplomowych: ……………………………………………………………………………………………………..

(słownie złotych: ……………………………………………………………………………………)

1. Terminy płatności za studia podyplomowe: …………………………………………………….…………………………………………………
2. Wysokość poniesionych przez uczestnika studiów podyplomowych opłat za studia podyplomowe, do dnia złożenia wniosku: ………………………………………………………………………………………………………
3. Organizator studiów podyplomowych przyjmuje do wiadomości, iż akceptuje fakt, że koszt studiów podyplomowych zostanie sfinansowany przez Powiatowy Urząd Pracy w Koninie, co nastąpi na podstawie umowy zawartej z osobą bezrobotną/poszukującą pracy po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku. Sfinansowanie kosztów studiów podyplomowych zostanie dokonane zgodnie z zawartą umową po rozpoczęciu roku akademickiego
w formie bezpośredniej wpłaty na numer rachunku bankowego wskazany w niniejszym oświadczeniu.

………………………………………………………………………………….

 (Organizator studiów podyplomowych)