

**Wniosek o skierowanie na szkolenie  
finansowane ze środków PFRON**

**DANE OSOBOWE**

..... imię i nazwisko	..... PESEL, a w przypadku cudzoziemca nr dokumentu potwierdzającego tożsamość
..... adres zamieszkania	..... adres e-mail
.....	..... telefon

**Wykształcenie**

- |  |   |                                 |
|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gimnazjalne i poniżej | <input type="checkbox"/> zawodowe         |                                 |
| <input type="checkbox"/> średnie ogólne        | <input type="checkbox"/> średnie zawodowe | <input type="checkbox"/> wyższe |

zawód wyuczony .....

zawód dotychczas wykonywany .....

ukończone kursy .....

.....  
.....

**Orzeczenie o niepełnosprawności**

stopień niepełnosprawności

- |                                  |                                      |                                |
|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Znaczny | <input type="checkbox"/> Umiarkowany | <input type="checkbox"/> Lekki |
|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|

naruszenie sprawności organizmu

- |                                  |                                |
|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Czasowe | <input type="checkbox"/> Stałe |
|----------------------------------|--------------------------------|

**WNIOSKOWANY KIERUNEK SZKOLENIA**

.....  
.....

Nazwa proponowanej instytucji szkoleniowej (*posiadającej wpis do Rejestru Instytucji Szkoleniowych na 2022 rok prowadzony przez Wojewódzki Urząd Pracy!*):

.....

nr wpisu do RIS aktualny na 2021r. <http://stor.praca.gov.pl/porta/#/ris> .....

**Przybliżony termin szkolenia** .....

**Koszt szkolenia** .....

## Uzasadnienie celowości ubiegania się o szkolenie

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(data)

.....  
(podpis)

## Opinia lekarza (pierwszego kontaktu)

Stwierdzam brak / istnienie\* przeciwwskazań zdrowotnych do skierowania na szkolenie w zakresie:

.....  
.....

.....  
(data)

.....  
(podpis)

## Opinia doradcy klienta

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
(data)

.....  
(podpis)

---

\* niepotrzebne skreślić