

**WNIOSEK**  
**o skierowanie na szkolenie w ramach Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r.**  
**o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnienia osób niepełnosprawnych**  
**(Dz.U. Nr 123, poz. 776 z późn. zm.)**

**Uwaga:** Uprzejmie prosimy o czytelne wypełnienie wniosku, dużymi i drukowanymi literami. W sytuacji wyboru jednej odpowiedzi z kilku, prosimy zaznaczyć odpowiedź przez przekreślenie kwadracik znakiem  
Wnioskodawca wypełnia punkty od 1 do 7.

**1. Dane osobiste:**

Nazwisko..... Imiona.....  
Data urodzenia..... Miejsce urodzenia.....  
Nr PESEL..... Nr dowodu osobistego.....

**2. Adres zamieszkania:**

Ulica ..... Nr domu ..... Nr mieszkania .....  
Miejscowość ..... Kod ..... Poczta .....  
Nr telefonu .....

**3. Wykształcenie:**

Podstawowe  Zawodowe  Średnie ogólne  Średnie zawodowe  Policealne  Wyższe

Zawody dotychczas wykonywane: .....  
Zawód wyuczony: .....  
Ukończone kursy:.....  
.....

**4. Zatrudnienie:**

Poszukujący pracy  Prowadzący własną działalność  Rentobiorca szkoleniowy   
Bezrobotny

Miejsce pracy: .....

**5.Orzeczenie:**

**Rodzaj niepełnosprawności:**

- |  |   |
|--|---|
| 1. Schorzenia narządów wzroku <input type="checkbox"/>             | 5. Schorzenia psychiczne i nerwowe <input type="checkbox"/>       |
| 2. Schorzenia narządów słuchu i mowy <input type="checkbox"/>      | 6. Upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/>                 |
| 3. Schorzenia narządów ruchu i kręgosłupa <input type="checkbox"/> | 7. Ogólny stan zdrowia <input type="checkbox"/>                   |
| 4. Schorzenia narządów wewnętrznych <input type="checkbox"/>       | 8. Pozostałe ze schorzeniami sprzężonymi <input type="checkbox"/> |

**Naruszenie sprawności organizmu:**

1. Czasowe (okresowe)   
2. Stałe (trwałe)

**Stopień niepełnosprawności:**

1. Pierwsza (znaczy stopień niepełnosprawności)   
2. Druga (umiarkowany stopień niepełnosprawności)   
3. Trzecia (lekki stopień niepełnosprawności)

**6. Wnioskowany kierunek szkolenia:**

.....  
.....

**7. Uzasadnienie wraz z opisem dotychczasowej działalności zawodowej:**

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

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis wnioskodawcy)

**Załączniki:**

- 1. Kserokopia orzeczenia o rodzaju i stopniu niepełnosprawności
- 2. Kserokopia świadectwa ukończenia szkoły

**8. Opinia lekarza z uprawnieniami do prowadzenia badań profilaktycznych odnośnie możliwości ukończenia wskazanego kursu:**

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

.....  
(podpis i pieczęć)

**9. Adnotacje Powiatowego Urzędu Pracy:**

Wnioskodawca jest zarejestrowany w PUP w Strzelcach Opolskich od dnia .....  
Nr rejestru ..... jako:      bezrobotny       poszukujący pracy

.....  
(podpis i pieczęć)

**10. Opinia pośrednika pracy:**

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

.....  
(podpis i pieczęć)

**11. Opinia doradcy zawodowego:**

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

.....  
(podpis i pieczęć)

**12. Decyzja Starosty:**

Kandydat zakwalifikowany/kandydat nie zakwalifikowany\* .....

.....  
(pieczęć i podpis)