P O W I A T O W Y U R Z Ą D P R A C Y
w Drawsku Pomorskim
ul. Starogrodzka 9, 78-500 Drawsko Pomorskie;
tel.: (94) 36-325-19, (94)36-320-86,
fax: (94) 36-327-34,
e-mail: **szdr@praca.gov.pl; www.pupdrawsko.pl**

Załącznik nr 1

OPINIA
DORADCY ZAWODOWEGO

Cz. I. Dane personalne kandydata na szkolenie

1. Imię i nazwisko:.....

Cz. II. Opinia doradcy zawodowego:

Uzasadnienie skierowania osoby na szkolenie indywidualne w zakresie:

……
(nazwa szkolenia)

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

Bezrobotny/inna osoba uprawniona* posiada predyspozycje do wykonywania zawodu zgodnego z kierunkiem szkolenia TAK / NIE*

Skierowanie na szkolenie ma być poprzedzone skierowaniem na badania lekarskie TAK / NIE*

.....
data i podpis doradcy zawodowego

*) niewłaściwe skreślić