Załącznik nr 3

**INFORMACJA INSTYTUCJI SZKOLENIOWEJ   
O MOŻLIWOŚCI PRZESZKOLENIA   
OSOBY BEZROBOTNEJ LUB POSZUKUJĄCEJ PRACY**

1. **Informacja o instytucji szkoleniowej**
2. nazwa ………………………………………………………………………………………..…………...
3. adres ………………………………………………………………………………………………………
4. telefon / e-mail ……………………………………………………………………………………………
5. REGON ……………………………………...….. NIP ………………………………………………….
6. osoba do współpracy …………………………………………………………………………………….
7. posiadany aktualny wpis do rejestru instytucji szkoleniowych prowadzony przez

Wojewódzki Urząd Pracy w ………………….……….. z dnia …….….………. nr …..………………

1. posiadamy/nie posiadamy\*) wpis do Bazy Usług Rozwojowych z dnia …………...……….. numer ………………………………………………………………………………………………………...…...

(obowiązuje od dnia 01.01.2026 r. zgodnie z art. 106 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia)

1. posiadamy/nie posiadamy\*) certyfikat jakości usług ……………………………………………..…..
2. kwalifikacje kadry dydaktycznej ………………………………………………………………...………

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

1. rodzaj dokumentów potwierdzających ukończenie szkolenia i uzyskanie kwalifikacji ………………………………………………………………………………………………………...…...
2. sposób sprawdzania efektów szkolenia ………………………………………………………….…..
3. sposób organizacji zajęć …………………………………………………………………...…………...
4. **Potwierdzenie możliwości przeszkolenia osoby w trybie indywidualnym**
5. potwierdzam możliwość realizacji szkolenia w zakresie …………………………………………….

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

dla Pana / Pani …………………………………………………………………………………………..

1. wymagania stawiane kandydatom ……………………………………………………..……………..

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

1. rodzaj kwalifikacji, uprawnień lub umiejętności nabytych po zakończeniu szkolenia ………………………………………………………………………………………………...…………..
2. liczba godzin szkolenia:

- zajęcia teoretyczne …………………………………………………………………...……………….

- zajęcia praktyczne ……………………………………………………………………………...……..

- egzamin ………………………………………………………………………………...………………

\*) niewłaściwe skreślić

1. całkowity koszt szkolenia ………………………………………………………………..….………….

- koszt kursu ………………………………………………………………………….................……...

- koszt egzaminu ………………………………………………………………………………..………

- inne (np. ubezpieczenie NNW) ……………………………………………………………………….

1. najbliższy planowany termin szkolenia (od – do) ……………………………………………….……

………………………………….

data, pieczęć i podpis osoby upoważnionej do   
 reprezentowania organizatora szkolenia