****

**ÚŘAD PRÁCE ČESKÉ REPUBLIKY**

**ZÁJEM O ZVOLENOU REKVALIFIKACI**

 **uchazeče o zaměstnání – zájemce o zaměstnání**[[1]](#footnote-1)

dle § 109a zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů

**A*.* Vyplní uchazeč o zaměstnání\* - zájemce o zaměstnání\*** *(\* nehodící se škrtněte)****:***

|  |  |
| --- | --- |
| **Příjmení a jméno:** |  |
| **Rodné číslo:** |  |
| **Kontaktní spojení** |
| **Telefon:** |  |
| **E-mail** |  |
| **Adresa:** | **Datová schránka:** |
| **Vzdělání a dovednosti včetně jazykových znalostí, ŘP apod.:** |
|  |
| **Absolvované rekvalifikace:** | **Absolvování v roce:** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| ***Vykonávané profese a pracovní činnosti:*** | ***Počet roků (měsíců) praxe*** |
| a) |  |
| b) |  |
| c) |  |
| **Mám zájem o zvolenou rekvalifikaci** (napište název kurzu): |
|  |
| **Rekvalifikační zařízení**: |
|  |
| **Zdůvodnění požadované rekvalifikace – uveďte, jak rekvalifikace přispěje k Vašemu uplatnění na trhu práce:** |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **Plánované uplatnění po rekvalifikaci – od kdy:** |  |
| **Předpokládaný zaměstnavatel:** |  |
| **Zahájení samostatné výdělečné činnosti, v jakém oboru:** |  |
| **Datum:** |  |
|  **Podpis zájemce o zvolenou rekvalifikaci:** |  |

**Povinné přílohy:**

Uchazeč/zájemce o zaměstnání doloží Úřadu práce ČR:

1. Podepsané Poučení pro uchazeče/zájemce o zaměstnání.
2. Potvrzení rekvalifikačního zařízení o ceně rekvalifikačního kurzu.
3. V případě, že rekvalifikační zařízení před vstupem do rekvalifikačního kurzu požaduje posouzení zdravotního stavu lékařem, je povinností uchazeče/zájemce o zaměstnání toto lékařské vyšetření doložit Úřadu práce ČR. Náklady na lékařská vyšetření hradí uchazeč/zájemce o zaměstnání.
1. Formuláře A, B a C jsou přístupny ke stažení na adrese:

 <https://www.mpsv.cz/web/cz/-/zajem-o-zvolenou-rekvalifikaci-uchazece-o-zamestnani-zajemce-o-zamestnani> [↑](#footnote-ref-1)