*Załącznik nr 3*

Mysłowice, dnia.....................................

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

Pieczęć pracodawcy

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO PRACOWNIKÓW I PRACODAWCÓW W RAMACH   
KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO**

1. Pełna nazwa pracodawcy .........................................................................................................................

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

1. Adres siedziby pracodawcy......................................................................................................................
2. Miejsce prowadzenia działalności ...........................................................................................................

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

**4.Wnioskowane środki KFS będą przeznaczone na finansowanie** (właściwe zaznaczyć):

🗌 działań obejmujących kursy

🗌 działań obejmujących studia podyplomowe

🗌 działań obejmujących egzaminy

🗌 działań obejmujących badania

🗌 działań obejmujących ubezpieczenie NNW

**z uwzględnieniem poniższych priorytetów** (właściwe zaznaczyć):

🗌 **wsparcia kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych**

🗌 **wsparcia kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych technologii   
i narzędzi pracy;**

**🗌 wsparcia kształcenia ustawicznego osób, które mogą udokumentować wykonywanie przez   
co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, a którym   
nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej.**

5. Telefon ....................................................... fax.......................................................................................

6. E-mail ......................................................... strona www …....................................................................

7. Numer identyfikacyjny REGON .............................................................................................................

8. Numer identyfikacji podatkowej NIP ......................................................................................................

9. Numer rachunku bankowego pracodawcy……………………………………………………………...

10.Forma prawna prowadzonej działalności ................................................................................................

11.Rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD) ..........................................................................................................................................................

12. Wielkość przedsiębiorcy (właściwe zaznaczyć), zgodnie z załącznikiem 1 do Rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014 r.):

€ **mikro** – przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 osób i którego obroty roczne i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 mln euro,

€ **małe** – przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 osób i którego obroty roczne i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 mln euro,

€ **średnie –** przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 250 osób i którego obroty roczne nie przekraczają   
50 mln euro i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 mln euro.

€ **duże**

Czy działalność prowadzona jest w sektorze transportu drogowego: **TAK / NIE *(właściwe zaznaczyć)***

13. Liczba zatrudnionych pracowników ogółem - ….............., w tym …….…. w ramach umowy o pracę

14. Osoba/osoby uprawniona do reprezentacji i podpisania wnioskowanej umowy (zgodnie   
z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem)

* + 1. imię i nazwisko......................................................... stanowisko służbowe ............................................
    2. imię i nazwisko ........................................................ stanowisko służbowe …........................................

15. Osoba wyznaczona do kontaktu z Urzędem:

16. imię i nazwisko .…............................................. stanowisko …..............................................................

telefon/fax …......................................................e-mail …......................................................................

17. W okresie ostatnich 6 miesięcy przed złożeniem wniosku, zatrudnienie w firmie przedstawiało się następująco:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Miesiąc** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Liczba pracowników** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Liczba etatów   w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy\*** |  |  |  |  |  |  |  |

\* do stanu pracowników nie wlicza się: umów cywilno-prawnych; pracowników stałych przebywających na urlopie macierzyńskim, przebywających na urlopie wychowawczym; odbywających służbę wojskową; pracowników młodocianych.

18. Informacje dotyczące kształcenia ustawicznego:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | | **Liczba pracodawców** | **Liczba pracowników** | |
| **razem** | **kobiety** |
| Objęci wsparciem ogółem | |  |  |  |
| Według rodzajów wsparcia | Kursy realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą |  |  |  |
| Studia podyplomowe realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą |  |  |  |
| Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych |  |  |  |
| Badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu |  |  |  |
| Ubezpieczenie NNW w związku z podjętym kształceniem |  |  |  |
| Według grup wiekowych | 15 – 24 lata |  |  |  |
| 25 – 34 lata |  |  |  |
| 35 – 44 lata |  |  |  |
| 45 lat i więcej |  |  |  |
| Według wykształcenia | Gimnazjalne i poniżej |  |  |  |
| Zasadnicze zawodowe |  |  |  |
| Średnie ogólnokształcące |  |  |  |
| Policealne i średnie zawodowe |  |  |  |
| Wyższe |  |  |  |
| Według grup zawodowych | Przedstawiciele władz publicznych, wyżsi urzędnicy i kierownicy |  |  |  |
| Specjaliści |  |  |  |
| Technicy i inny średni personel |  |  |  |
| Pracownicy biurowi |  |  |  |
| Pracownicy usług i sprzedawcy |  |  |  |
| Rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy |  |  |  |
| Robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy |  |  |  |
| Operatorzy i monterzy maszyn i urządzeń |  |  |  |
| Pracownicy przy pracach prostych |  |  |  |
| Siły zbrojne |  |  |  |
| Bez zawodu |  |  |  |

19. Zestawienie wydatków na kształcenie ustawiczne

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| RODZAJ KSZTAŁCENIA | Nazwa kształcenia, organizator kształcenia  (nazwa, adres, NIP) | Termin realizacji (od… do…) / Liczba godzin | Liczba osób objętych kształceniem | Koszt kursu dla jednej osoby | Całkowita wysokość wydatków | Kwota wnioskowana z KFS | Wkład własny |
| **SZKOLENIA/KURSY** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **STUDIA PODYPLOMOWE** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EGZAMINY** umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności kwalifikacji lub uprawnień zawodowcach |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **BADANIA LEKARSKIE I PSYCHOLOGICZNIE** wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy po ukończonym kształceniu |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **UBEZPIECZENIE** od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |  |  |  |  |

Uwaga:

wysokość wsparcia:

- 80% kosztów kształcenia ustawicznego sfinansuje KFS, nie więcej jednak niż do wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika (4 000,00 zł w przypadku kursu, **jedna osoba może skorzystać z jednego szkolenia, którego wysokość dofinansowania może wynosić maksymalnie do 4000,00 zł**), pracodawca pokryje 20% kosztów;

- 100% kosztów kształcenia ustawicznego - jeśli należy do grupy mikroprzedsiębiorców, nie więcej jednak niż do wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika (4 000,00 zł w przypadku kursu, **jedna osoba może skorzystać z jednego szkolenia, którego wysokość dofinansowania może wynosić maksymalnie do 4000,00 zł**).

wkład własny:

nie należy przy wyliczaniu wkładu własnego pracodawcy uwzględniać innych kosztów, które pracodawca ponosi w związku z udziałem pracowników w kształceniu ustawicznym, np. wynagrodzenia za godziny nieobecności w pracy w związku z uczestnictwem w zajęciach, kosztów delegacji w przypadku konieczności dojazdu do miejscowości innej niż miejsce pracy itp.; wkład własny pracodawcy nie może być ponoszony przez pracowników objętych kształceniem ustawicznym.

20. Wykaz osób, które mają zostać objęte działaniami finansowanymi z udziałem środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Imię i nazwisko,  data urodzenia | Poziom wykształcenia | Osoba wykonuje przez co najmniej 15 lat pracę  w szczególnych warunkach, której nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej | Osoba wykonuje przez co najmniej  15 lat pracę o szczególnym charakterze, której nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej | Stanowisko, wymiar czasu pracy | Miejsce wykonywania pracy | Rodzaj umowy, okres zatrudnienia od… do… | Forma kształcenia ustawicznego (nazwa kursu/ kierunek studiów podyplomowych/nazwa egzaminu/ badania lekarskie lub psychologicznie/ubezpieczanie NNW) | Forma organizacji kursu indywidualna / grupowa |
| **1.** |  |  | **TAK/NIE\*** | **TAK/NIE\*** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  | **TAK/NIE\*** | **TAK/NIE\*** |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  | **TAK/NIE\*** | **TAK/NIE\*** |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  | **TAK/NIE\*** | **TAK/NIE\*** |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  | **TAK/NIE\*** | **TAK/NIE\*** |  |  |  |  |  |

21. Uzasadnienie potrzeb odbycia kształcenia ustawicznego przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy oraz deklaracja okresu zatrudnienia po zakończeniu kształcenia ustawicznego:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Imię i nazwisko pracownika** | **Uzasadnienie wyboru kierunku kształcenia** | **Deklarowany okres zatrudnienia po zakończeniu kształcenia ustawicznego** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

22. Uzasadnienie wyboru realizatora usługi finansowanej z KFS, ze wskazaniem nazwy i siedziby realizatora, nazwy kształcenia ustawicznego i liczby godzin oraz ceny usługi w porównaniu z podobnymi usługami oferowanymi na rynku:

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

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

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

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

…………………………………. ……………………………….…………..  
 data pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy

**OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:**

1. Zapoznałem się z Ustawą o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20.04.2004r.   
   (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1065 z późn. zm.);
2. Zapoznałem się z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 14 maja 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego   
   (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 117);
3. Zapoznałem się i w pełni akceptuję treść Regulaminu finansowania kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego Powiatowego Urzędu Pracy w Mysłowicach;
4. Wszyscy pracownicy wskazani do objęcia działaniami w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego   
   na dzień składania wniosku pozostają w zatrudnieniu zgodnie z przepisami Kodeksu Pracy
5. **Nie zalegam/ zalegam[[1]](#footnote-1)** w dniu złożenia niniejszego wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych i **nie posiadam/** **posiadam1** zaległości w stosunku do Urzędu Skarbowego;
6. **Prowadzę/nie prowadzę¹** działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku (do okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu jej zawieszenia);
7. **Posiadam/nie posiadam¹** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
8. **Posiadam/nie posiadam¹** w dniu złożenia wniosku zajęć egzekucyjnych (egzekucje komornicze lub administracyjne);
9. **Zalegam/nie zalegam1** z opłacaniem w terminie innych danin publicznych;
10. **Byłem/nie byłem¹** karany w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku za przestępstwa przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 06 czerwca 1997r. – Kodeks karny lub ustawy   
    z dnia 28 października 2002r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (t.j. Dz. U. z 2016r. poz. 1541, z późn. zm.);
11. **Toczy/nie toczy się¹** w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i **został/nie został¹** zgłoszony wniosek o likwidację;
12. **Byłem/nie byłem¹** karany w okresie do 12 miesięcy przed złożeniem wniosku za naruszenie praw pracowniczych oraz nie jestem objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie;
13. **Korzystałem/ nie korzystałem¹** z pomocy de minimis w bieżącym roku oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat obrotowych;
14. **Ciąży/nie ciąży¹** na mnie na mnie obowiązek zwrotu pomocy wynikający z decyzji Komisji Europejskiej uznającej pomoc za niezgodną z prawem lub wspólnym rynkiem (rynkiem wewnętrznym) – zgodnie   
    z ustawą z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej   
    (t.j. Dz. U. z 2016r. poz. 1808, z późn. zm.);
15. **Spełniam/ nie spełniam¹** warunki rozporządzenia komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w  sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy   
    de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013);
16. **Spełniam/ nie spełniam¹** warunki rozporządzenia (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r.   
    w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013);
17. **Jestem/ nie jestem**¹ mikroprzedsiębiorcą, zgodnie z załącznikiem 1 do Rozporządzenia Komisji (UE)   
    nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014 r.).

Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

* administratorem moich danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy z siedzibą w Mysłowicach (41–400), ul. Mikołowska 4a,
* moje dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia   
  20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz mogą zostać udostępnione innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa,
* posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania,
* podanie Urzędowi moich danych osobowych jest niezbędne dla zrealizowania uprawnienia   
  lub spełnienia obowiązku wynikającego z przepisów ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 272 K.k.) oświadczam, że dane zawarte w złożonym wniosku są zgodne z prawdą.**

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

data pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

do reprezentowania pracodawcy

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

1. Oświadczenia pracowników objętych kształceniem ustawicznym dofinansowanym z Krajowego Funduszu Szkoleniowego dot. zgody na przetwarzanie danych osobowych **(wzór - załącznik nr 1).**
2. Oświadczenia pracowników objętych kształceniem ustawicznym dotyczące braku uczestnictwa   
   w okresie ostatnich 2 lat w szkoleniach, o które wnioskują ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego.
3. Program kursu zawierający w szczególności: dane organizatora kształcenia ustawicznego, tematykę zajęć, liczbę godzin kursu, szczegółową kalkulację kosztu kursu **(wzór - załącznik nr 2).**
4. Program studiów podyplomowych zawierający w szczególności: dane organizatora kształcenia ustawicznego, tematykę zajęć, liczbę semestrów, szczegółową kalkulację kosztu studiów   
   **(wzór – załącznik nr 3).**
5. Program egzaminu umożliwiający uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych***(*wzór *-* załącznik nr 4).**
6. Harmonogram **kursu (wzór – załącznik nr 5).**
7. Oświadczanie wnioskodawcy będącego/nie będącego beneficjentem pomocy de minimis   
   (**wzór – załącznik nr** **6)**.
8. Kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem umowy spółki w przypadku spółek prawa cywilnego oraz koncesja lub pozwolenie na prowadzenie działalności – w przypadku, gdy wymaga tego przepis prawa.
9. Pełnomocnictwo do reprezentowania pracodawcy, o ile nie wynika ono z innych dokumentów załączonych przez wnioskodawcę.
10. Kopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności w przypadku braku wpisu do KRS lub rejestru ewidencji gospodarczej.
11. Wzór dokumentu wystawionego przez realizatora usługi potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników kształcenia ustawicznego.
12. Informacje dodatkowe o wybranym realizatorze usługi finansowanej z Krajowego Funduszu Szkoleniowego w zakresie posiadania przez niego certyfikatów jakości usług i prowadzenia analiz skuteczności usług (kserokopie potwierdzone za zgodność lub wydruki ze strony internetowej).
13. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis **(załącznik nr 7).**
14. Zaświadczenia o otrzymanej pomocy de minimis w okresie bieżącego roku oraz 2 poprzedzających lat obrotowych (kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem).
15. Zaświadczenie o niezaleganiu w opłacaniu składek do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ważne   
    1 miesiąc, oryginał lub kserokopia potwierdzona za zgodność),
16. Minimum 3 oferty cenowe podpisane przez organizatora kształcenia ustawicznego lub wydruki ze stron internetowych zawierające cenę i adres strony internetowej,

**Brak załączników:**

* Programu kursu zawierającego w szczególności: dane organizatora kształcenia ustawicznego, tematykę zajęć, liczbę godzin kursu, szczegółową kalkulację kosztu kursu **(wzór - załącznik nr 2).**
* Programu studiów podyplomowych zawierającego w szczególności: dane organizatora kształcenia ustawicznego, tematykę zajęć, liczbę semestrów, szczegółową kalkulację kosztu studiów **(wzór – załącznik nr 3).**
* Programu egzaminu umożliwiającego uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych **(załącznik nr 4).**
* Kopii dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności   
  w przypadku braku wpisu do KRS lub rejestru ewidencji gospodarczej.
* Wzoru dokumentu wystawionego przez realizatora usługi potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników kształcenia ustawicznego.
* Formularza informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis   
  **(załącznik nr 7).**
* Zaświadczenia o otrzymanej pomocy de minimis w okresie bieżącego roku oraz 2 poprzedzających lat obrotowych (kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem).

**powoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia**

**Ocena wniosku pod względem formalnym i merytorycznym (wypełnia Powiatowy Urząd Pracy):**

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

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

………………………… …………………………………

Data Podpis pracownika PUP

**Decyzja Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy:**

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

…………………….. ……………………………………….

Data Podpis Dyrektora PUP

*Załącznik nr 1*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  | (miejscowość, data) |

**OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA ZATRUDNIONEGO U PRACODAWCY WNIOSKUJĄCEGO O POMOC Z ZAKRESU KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO ZE ŚRODKÓW KFS**

Ja, niżej podpisany(-a), …………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko pracownika)

wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dokumentacji dotyczącej procesu kształcenia ustawicznego dofinansowanego ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.), wyłącznie w celu realizacji ww. procesu kształcenia.

Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

* administratorem moich danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy z siedzibą   
  w Mysłowicach (41–400), ul. Mikołowska 4a,
* moje dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia   
  20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz mogą zostać udostępnione innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa,
* posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania,
* podanie Urzędowi danych osobowych jest dobrowolne.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | (podpis pracownika) |

*Załącznik nr 2*

……………………………………………….

(pieczęć organizatora kształcenia ustawicznego)

**PROGRAM KURSU**

DANE ORGANIZATORA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO:

nazwa:

adres:

NIP:

INFORMACJE DOTYCZĄCE KURSU:

nazwa kursu:

termin kursu:

forma kursu: indywidualna / grupowa

liczba godzin (zegarowa / edukacyjna):

liczba dni kursu:

dokładny adres miejsca realizacji zajęć:

dokument potwierdzający ukończenie kursu:

SZCZEGÓŁOWA KALKULACJA KOSZTU KURSU\*

koszt kursu ogółem dla wszystkich uczestników:

w tym:

* koszt kursu:
* koszt badań lekarskich:
* koszt egzaminu:
* inne koszty:

koszt kursu dla jednego uczestnika:

w tym:

* koszt kursu:
* koszt badań lekarskich:
* koszt egzaminu:
* inne koszty:

koszt osobogodziny dla jednego uczestnika kursu:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Tematyka zajęć** | **Liczba godzin**  **ogółem** | **Zajęcia teoretyczne** | **Zajęcia praktyczne** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| Łączna liczba godzin: | |  |  |  |

……………..……………………………. (pieczęć i podpis organizatora kształcenia ustawicznego)

\* koszt kursu nie może zawierać kosztów dojazdu, zakwaterowania i wyżywienia kursanta. Koszt kursu musi być zgodny z kosztem kursu podanym w pkt. 19 wniosku.

*Załącznik nr 3*

…………………………………………………………

(pieczęć organizatora kształcenia ustawicznego)

**PROGRAM STUDIÓW PODYPLOMOWYCH \***

DANE ORGANIZATORA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO:

nazwa:

adres:

NIP:

|  |  |
| --- | --- |
| **Informacje dotyczące studiów podyplomowych** | |
| kierunek studiów podyplomowych: |  |
| termin rozpoczęcia studiów: |  |
| liczba semestrów: |  |
| szczegółowa kalkulacja kosztu studiów\*\*: |  |
| dokładny adres miejsca realizacji zajęć: |  |

………………….………..………………………….

(pieczęć i podpis organizatora kształcenia ustawicznego)

\* lub wydruk ze strony internetowej zawierający niezbędne informacje dot. studiów i adres strony internetowej

\*\* Koszt studiów musi być zgodny z kosztem studiów podanym w pkt 19 wniosku.

*Załącznik nr 4*

……………………………………………….

(pieczęć organizatora kształcenia ustawicznego)

**PROGRAM EGZAMINU UMOŻLIWIAJĄCY UZYSKANIE DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH NABYCIE UMIEJĘTNOŚCI, KWALIFIKACJI LUB UPRAWNIEŃ ZAWODOWYCH \***

DANE ORGANIZATORA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO:

nazwa:

adres:

NIP:

INFORMACJE DOTYCZĄCE EGZANIMU:

nazwa egzaminu:

termin egzaminu:

liczba godzin egzaminu:

dokładny adres miejsca realizacji egzaminu:

dokument potwierdzający pozytywne zaliczenie egzaminu:

SZCZEGÓŁOWA KALKULACJA KOSZTU EGZAMINU**\*\***

* koszt egzaminu ogółem:
* koszt egzaminu:
* koszt badań lekarskich:
* inne koszty:

……………..……………………………. (pieczęć i podpis organizatora kształcenia ustawicznego)

\* lub wydruk ze strony internetowej zawierający niezbędne informacje dot. egzaminu i adres strony internetowej

\*\* koszt egzaminu musi być zgodny z kosztem egzaminu podanym w pkt 19 wniosku.

*Załącznik nr 5*

………………………………………………………….

(pieczęć organizatora kształcenia ustawicznego)

**Harmonogram kursu z zakresu**

**………………………………………….**

Nazwa organizatora kształcenia ustawicznego:

Adres organizatora kształcenia ustawicznego:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data zajęć** | **Plan nauczania w danym dniu** | **Liczba godzin zajęć w danym dniu** | **Czas trwania kursu w godzinach (od-do) w danym dniu** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

…………………….………..………………………….

(pieczęć i podpis organizatora kształcenia ustawicznego)

*Załącznik nr 6*

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

Pieczęć wnioskodawcy Miejscowość, data

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że (właściwe zaznaczyć):

□ jednostka nie prowadzi działalności gospodarczej, nie jest przedsiębiorcą publicznym ani też beneficjentem pomocy, a udzielona pomoc jest wsparciem dla pracodawcy zgodnie z przepisami ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej tekst jednolity:   
Dz. U. z 2016r. poz. 1808, z późn. zm.,

□ jestem beneficjentem pomocy i spełniam warunki dopuszczalności udzielenia pomocy de minimis oraz nie ciąży na mnie obowiązek zwrotu pomocy wynikający z wcześniejszej decyzji Komisji uznającej pomoc za niezgodną z prawem i wspólnym rynkiem.

………………………………………………

podpis i pieczęć pracodawcy

**Wnioskodawcy nie będący beneficjentami pomocy składają wniosek bez FORMULARZA INFORMACJI PRZEDSTAWIANYCH PRZY UBIEGANIU SIĘ O POMOC DE MINIMIS, w przypadku beneficjentów pomocy należy złożyć wniosek wraz z ww. FORMULARZEM.**

1. Zaznaczyć właściwe [↑](#footnote-ref-1)