*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 - barometr zawodów 2019 miasto Mysłowice, barometr zawodów 2019 województwo śląskie;**

 **🗌 wsparcia kształcenia ustawicznego osób, które nie posiadają świadectwa dojrzałości;**

**🗌 wsparcia kształcenia ustawicznego pracowników pochodzących z grup zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, zatrudnionych w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego, wskazanych na liście przedsiębiorstw społecznych prowadzonej przez MRPiPS, członków lub pracowników spółdzielni socjalnych pochodzących z grup,
o których mowa w art. 4 ust 1 ustawy o spółdzielniach socjalnych lub pracowników Zakładów Aktywności Zawodowej;**

 **🗌 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;**

 **🗌 wsparcia kształcenia ustawicznego instruktorów praktycznej nauki zawodu, nauczycieli kształcenia zawodowego oraz pozostałych nauczycieli, o ile podjęcie kształcenia ustawicznego umożliwi im pozostanie w zatrudnieniu;**

**🗌 wsparcia kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia.**

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 **(w przypadku kursu,** **jedna osoba może skorzystać z jednego szkolenia, którego koszt może wynosić maksymalnie do 4000,00 zł**), pracodawca pokryje 20% kosztów. W przypadku kursu, którego koszt wynosi 4000,00 zł – ze środków KFS zostanie sfinansowana kwota 3200,00 zł, pracodawca musi pokryć koszt 800,00 zł;

- 100% kosztów kształcenia ustawicznego - jeśli należy do grupy mikroprzedsiębiorców, nie więcej jednak niż do wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika **(W przypadku kursu jedna osoba może skorzystać z jednego szkolenia, którego koszt może wynosić maksymalnie do 4000,00 zł**). W przypadku kursu, którego koszt wynosi 4000,00 zł - dofinansowanie ze środków KFS wyniesie 100 %, czyli 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.

Limit wysokości środków KFS przeznaczonych dla jednego pracodawcy w roku kalendarzowym nie może przekroczyć kwoty:

- w przypadku **mikroprzedsiębiorców** - **25 tys. zł,**

- w przypadku **pozostałych pracodawców** – **75 tys. zł.**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Imię i nazwisko,data urodzenia | Poziom wykształce-nia | 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 | Osoba była już objęta kształceniem ustawicznym w 2019 roku | 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 | Nr priorytetu, w ramach którego dana osoba ubiega się o objęcie kształceniem ustawicznym ze środków KFS |
| **1.** |  |  | **TAK/NIE\*** | **TAK/NIE\*** | **TAK/NIE\***Jeżeli TAK, kwota dofinansowania z KFS wynosiła …………. |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  | **TAK/NIE\*** | **TAK/NIE\*** | **TAK/NIE\***Jeżeli TAK, kwota dofinansowania z KFS wynosiła …………. |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  | **TAK/NIE\*** | **TAK/NIE\*** | **TAK/NIE\***Jeżeli TAK, kwota dofinansowania z KFS wynosiła …………. |  |  |  |  |  |  |

\* niewłaściwe skreślić

21. Uzasadnienie potrzeb odbycia kształcenia ustawicznego przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy oraz informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osób, które będą objęte kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS - deklaracja okresu zatrudnienia
po zakończeniu kształcenia ustawicznego (ww. okres musi być uwzględniony w umowie o pracę):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Imię i nazwisko pracownika** | **Uzasadnienie wyboru kierunku kształcenia** | **Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osób, które będą objęte kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS - deklarowany okres zatrudnienia po zakończeniu kształcenia ustawicznego (ww. okres musi być uwzględniony w umowie o pracę)** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |

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:

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

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

Jednocześnie oświadczam, iż z wybranym realizatorem usługi finansowanej z KFS **nie jestem powiązany osobowo ani kapitałowo**. Przez powiązanie kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między pracodawcą lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu pracodawcy, polegające w szczególności na:

1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
2. posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji,
3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
4. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

…………………………………. ……………………………….…………..
 data pieczątka i podpis 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 2018 r. poz. 1265 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 ujęci w pkt 20 wniosku, wskazani do objęcia działaniami w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego pozostają w zatrudnieniu zgodnie z przepisami Kodeksu Pracy.
5. Jestem pracodawcą w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 26.06.1974 r. – Kodeks pracy.
6. **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;
7. **Prowadzę** działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów o Prawie Przedsiębiorców przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku (do okresu prowadzenia działalności gospodarczej nie wlicza się okresu jej zawieszenia) lub **zostałem** powołany jako jednostka organizacyjna co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień złożenia wniosku;
8. **Posiadam/nie posiadam¹** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
9. **Posiadam/nie posiadam¹** w dniu złożenia wniosku zajęć egzekucyjnych (egzekucje komornicze
lub administracyjne);
10. **Zalegam/nie zalegam1** z opłacaniem w terminie innych danin publicznych;
11. **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 2019r. poz. 628);
12. **Toczy/nie toczy się¹** w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i **został/nie został¹** zgłoszony wniosek o likwidację;
13. **Byłem/nie byłem¹** karany w okresie 365 dni przed złożeniem wniosku za naruszenie praw pracowniczych oraz nie jestem objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie;
14. **Korzystałem/ nie korzystałem¹** z pomocy de minimis w bieżącym roku oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat obrotowych;
15. **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 2018r. poz. 362 );
16. **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);
17. **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);
18. **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.).
19. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Urzędu jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku
do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.

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,
* administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego
lub organizacji międzynarodowej,
* dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, zgodny
z jednolitym rzeczowym wykazem akt obowiązującym w Powiatowym Urzędzie Pracy
w Mysłowicach,
* posiadam prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania i sprostowania oraz w zakresie wynikającym z przepisów do usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec
ich przetwarzania,
* posiadam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego do przetwarzania danych osobowych, gdy uznam, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r.,
* podanie Urzędowi moich danych osobowych jest niezbędne dla zrealizowania uprawnienia
lub spełnienia obowiązku wynikającego z przepisów ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
* moje dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu procesowi podejmowania decyzji przez administratora danych osobowych.

Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych: inspektor@myslowice.pup.gov.pl

**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

**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 – dotyczy szkoleń, o których mowa w § 3 ust. 7 pkt 4 Regulaminu w sprawie finansowania kształcenia ustawicznego Pracowników i Pracodawców w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego **(wzór – załącznik nr 8).**
3. Oświadczenia pracowników objętych kształceniem ustawicznym o nieposiadaniu egzaminu maturalnego - w przypadku wyboru priorytetu nr 2 - *wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które nie posiadają świadectwa dojrzałości* **(wzór – załącznik nr 9).**
4. Oświadczenia nauczycieli objętych kształceniem ustawicznym z których wynika, iż przekwalifikowanie bądź nabycie nowych uprawnień lub umiejętności pozwoli im na pozostanie w dotychczasowym zawodzie – dotyczy pozostałych nauczycieli, o których mowa w priorytecie nr 5 **(wzór –
załącznik nr 10).**
5. Program kursu zawierający w szczególności: dane organizatora kształcenia ustawicznego, tematykę zajęć, liczbę godzin kursu, szczegółową kalkulację kosztu kursu **(wzór - załącznik nr 2).**
6. Program studiów podyplomowych zawierający w szczególności: dane organizatora kształcenia ustawicznego, tematykę zajęć, liczbę semestrów, szczegółową kalkulację kosztu studiów
**(wzór – załącznik nr 3).**
7. Program egzaminu umożliwiający uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych***(*wzór *-* załącznik nr 4).**
8. Harmonogram **kursu (wzór – załącznik nr 5).**
9. Oświadczanie wnioskodawcy będącego/nie będącego beneficjentem pomocy de minimis
(**wzór – załącznik nr** **6)**.
10. 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.
11. Pełnomocnictwo do reprezentowania pracodawcy, o ile nie wynika ono z innych dokumentów załączonych przez wnioskodawcę.
12. Kopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności w przypadku braku wpisu do KRS lub rejestru ewidencji gospodarczej.
13. Wzór dokumentu wystawionego przez realizatora usługi potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników kształcenia ustawicznego.
14. 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).
15. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis **(załącznik nr 7).**
16. Zaświadczenia o otrzymanej pomocy de minimis w okresie bieżącego roku oraz 2 poprzedzających
lat obrotowych (kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem) lub Lista przypadków pomocy de minimis otrzymanej przez beneficjenta (**załącznik nr 11**).
17. Zaświadczenie o niezaleganiu w opłacaniu składek do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ważne
1 miesiąc, oryginał lub kserokopia potwierdzona za zgodność),
18. Minimum 3 oferty cenowe podpisane przez organizatora kształcenia ustawicznego lub wydruki ze stron internetowych zawierające cenę i adres strony internetowej,
19. Upoważnienie do złożenia wniosku o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego (**załącznik nr 2 do regulaminu**).

**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.**

**Wniosek o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców
w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego złożony bez ważnego upoważnienia (załącznik nr 2 do regulaminu) nie będzie podlegał rozpatrzeniu.**

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

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

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

………………………… …………………………………

 Data Podpis pracownika PUP

…………………….…….……… …………………………………

 Akceptacja Kierownika IURP Akceptacja Zastępcy Dyrektora

**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 Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE , 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,
* administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej,
* dane osobowe będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów prawa, zgodny
z jednolitym rzeczowym wykazem akt obowiązującym w Powiatowym Urzędzie Pracy
w Mysłowicach,
* posiadam prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania i sprostowania oraz w zakresie wynikającym z przepisów do usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania,
* posiadam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego do przetwarzania danych osobowych, gdy uznam, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016r.,
* podanie Urzędowi moich danych osobowych jest dobrowolne,
* moje dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanemu procesowi podejmowania decyzji przez administratora danych osobowych.

Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych: inspektor@myslowice.pup.gov.pl

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

*Załącznik nr 2*

……………………………………………….

 (pieczęć organizatora kształcenia ustawicznego)

**PROGRAM KURSU**

DANE ORGANIZATORA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO:

nazwa:

adres:

NIP:

Posiadanie przez organizatora certyfikatów jakości: posiada / nie posiada

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:

nazwisko i imię wykładowcy:

SZCZEGÓŁOWA KALKULACJA KOSZTÓW KURSU \*

 koszt kursu ogółem dla wszystkich uczestników: ……………………… zł

 kalkulacja kosztów kursu dla jednego uczestnika: ………………………. zł

 w tym:

* koszt wynagrodzenia wykładowców:
* koszt wynagrodzenia pracowników obsługi kursu:
* koszt środków dydaktycznych, materiałów pomocniczych:
* koszt badań lekarskich i/lub psychologicznych:
* koszt egzaminu wewnętrznego:
* koszt egzaminu zewnętrznego:
* koszt ubezpieczenia NNW:
* koszt eksploatacji sprzętu:
* koszt eksploatacji pomieszczeń:
* inne koszty (proszę wskazać jakie):

 koszt osobogodziny dla jednego uczestnika kursu: …………………………. zł

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

PLAN NAUCZANIA

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

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

*Załącznik nr 3*

…………………………………………………………

 (pieczęć organizatora kształcenia ustawicznego)

**PROGRAM STUDIÓW PODYPLOMOWYCH \***

DANE ORGANIZATORA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO:

nazwa:

adres:

NIP:

Posiadanie przez organizatora certyfikatów jakości: posiada / nie posiada

|  |
| --- |
| **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:

Posiadanie przez organizatora certyfikatów jakości: posiada / nie posiada

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:

Nazwisko i imię wykładowcy:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 2018r. poz. 362).

□ 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 do wniosku o dofinansowanie należy dołączyć:**

**- FORMULARZ INFORMACJI PRZEDSTAWIANYCH PRZY UBIEGANIU SIĘ O POMOC DE MINIMIS (załącznik nr 7),**

**- Listę przypadków pomocy de minimis otrzymanej przez beneficjenta (załącznik nr 11) lub wszystkie zaświadczenia o otrzymanej pomocy de minimis (kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem) za okres bieżącego roku oraz 2 poprzedzających lat obrotowych, jeżeli w powyższym okresie taką pomoc uzyskał.**

*Załącznik nr 8*

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

**OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA ZATRUDNIONEGO U PRACODAWCY WNIOSKUJĄCEGO O POMOC Z ZAKRESU KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO DOTYCZĄCE BRAKU UCZESTNICTWA W OKRESIE OSTATNICH 2 LAT W SZKOLENIACH, O KTÓRE WNIOSKUJE ZE ŚRODKÓW KFS**

(dotyczy szkoleń, o których mowa w § 3 ust. 7 pkt 4 Regulaminu w sprawie finansowania kształcenia ustawicznego Pracowników i Pracodawców w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego)

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

(imię i nazwisko pracownika)

W związku z ubieganiem się o dofinansowanie szkolenia ………………………………………………………..

 (nazwa szkolenia)

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

Oświadczam, iż w okresie ostatnich 2 lat nie brałem(-am) udziału w powyższym szkoleniu.

………………………………………………..

 (podpis pracownika)

*Załącznik nr 9*

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

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

 (w przypadku wyboru priorytetu nr 2 - wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które nie posiadają świadectwa dojrzałości)

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

(imię i nazwisko pracownika)

W związku z ubieganiem się o dofinansowanie szkolenia ………………………………………………………..

 (nazwa szkolenia)

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

Oświadczam, iż na dzień złożenia wniosku nie posiadam egzaminu maturalnego.

………………………………………………..

 (podpis pracownika)

*Załącznik nr 10*

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

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

 (w przypadku wyboru priorytetu nr 5 - wsparcie kształcenia ustawicznego instruktorów praktycznej nauki zawodu, nauczycieli kształcenia zawodowego oraz pozostałych nauczycieli, o ile podjęcie kształcenia ustawicznego umożliwi im pozostanie w zatrudnieniu)

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

(imię i nazwisko pracownika)

W związku z ubieganiem się o dofinansowanie szkolenia ………………………………………………………..

 (nazwa szkolenia)

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

Oświadczam, iż należę do grupy pozostałych nauczycieli (nie należę do grupy instruktorów praktycznej nauki zawodu, ani nauczycieli kształcenia zawodowego), a przekwalifikowanie bądź nabycie nowych uprawnień
czy umiejętności pozwoli na pozostanie w dotychczasowym zawodzie .

………………………………………………..

 (podpis pracownika)

*Załącznik nr 11*

**LISTA PRZYPADKÓW POMOCY DE MINIMIS OTRZYMANEJ PRZEZ BENEFICJENTA**

Nazwa beneficjenta pomocy: … Zakres: od … do…

Numer identyfikacji Podatkowej (NIP) beneficjenta pomocy: … Data wygenerowania: …

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Podstawa prawna – informacje podstawowe | Podstawa prawna – informacje szczegółowe | Numer środka pomocowego | Dzień udzielenia pomocy | Nazwa podmiotu udzielającego pomocy | NIP podmiotu udzielającego pomocy | Wartość nominalna pomocy (PLN) | Wartość pomocy brutto (PLN) | Wartość pomocy brutto (Euro) | Forma pomocy | Przeznaczenie pomocy |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Podsumowanie – łączna wartość pomocy udzielonej beneficjentowi |  |  |  |  |

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