*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):

**🗌 Priorytet 1. wsparcie kształcenia ustawicznego osób zatrudnionych w firmach, które na skutek obostrzeń zapobiegających rozprzestrzenianiu się choroby COVID – 19, musiały ograniczyć swoją działalność;**

**🗌 Priorytet 2. wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników służb medycznych, pracowników służb socjalnych, psychologów, terapeutów, pracowników domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo – leczniczych, prywatnych domów opieki raz innych placówek dla seniorów/osób chorych/niepełnosprawnych, które bezpośrednio pracują z osobami chorymi na COVID – 19 lub osobami z grupy ryzyka ciężkiego przebiegu tej choroby;**

**🗌 Priorytet 3. wsparcie zawodowego kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych - Barometr   
 zawodów 2021 miasto Mysłowice, Barometr zawodów 2021 województwo   
 śląskie *(Załącznik nr 1 do Regulaminu);***

**🗌 Priorytet 4. Wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia;**

**🗌 Priorytet 5. wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem;**

**🗌 Priorytet 6. wsparcie kształcenia ustawicznego w zawiązku z zastosowaniem w firmach nowych technologii i narzędzi pracy, w tym także technologii i narzędzi cyfrowych;**

**🗌 Priorytet 7. wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które nie posiadają świadectwa ukończenia szkoły lub świadectwa dojrzałości;**

🗌 **Priorytet 8. wsparcie realizacji szkoleń dla instruktorów praktycznej nauki zawodu bądź osób mających zamiar podjęcia się tego zajęcia, opiekunów praktyk zawodowych i opiekunów stażu uczniowskiego oraz szkoleń branżowych dla nauczycieli kształcenia zawodowego.**

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 wykształcenia | Osoba była już objęta kształceniem ustawicznym  w 2020 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\***  Jeżeli TAK, kwota dofinansowania  z KFS wynosiła …………. |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  | **TAK/NIE\***  Jeżeli TAK, kwota dofinansowania  z KFS wynosiła …………. |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  | **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. |  |  | □ zatrudnienie do 1 roku od ukończenia kształcenia ustawicznego;  □ zatrudnienie powyżej 1 roku od ukończenia kształcenia ustawicznego. |
| 2. |  |  | □ zatrudnienie do 1 roku od ukończenia kształcenia ustawicznego;  □ zatrudnienie powyżej 1 roku od ukończenia kształcenia ustawicznego. |
| 3. |  |  | □ zatrudnienie do 1 roku od ukończenia kształcenia ustawicznego;  □ zatrudnienie powyżej 1 roku od ukończenia 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:

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

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

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 2020 r. poz. 1409.);
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 2020r. poz. 1517);
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 2020r. poz. 708 );
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.
20. Oświadczam, iż wniosek zawiera ……………………………kartek.

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

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

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. Oświadczenie pracodawcy o konieczności nabycia nowych umiejętności czy kwalifikacji w związku z rozszerzeniem/przekwalifikowaniem obszaru działalności firmy z powołaniem się na odpowiedni przepis – w przypadku wyboru priorytetu nr 1 – *wsparcie kształcenia ustawicznego osób zatrudnionych w firmach, które na skutek obostrzeń zapobiegających rozprzestrzenianiu się choroby COVID-19, musiały ograniczyć swoją działalność* **(wzór – załącznik nr 11).**
4. Oświadczenie pracodawcy, z którego wynika, iż osoby wskazane do odbycie kształcenia ustawicznego spełniają warunki priorytetu nr 2 – w przypadku wyboru powyższego priorytetu – *wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników służb medycznych, pracowników służb socjalnych, psychologów, terapeutów, pracowników domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo – leczniczych, prywatnych domów opieki oraz innych placówek dla seniorów/osób chorych/niepełnosprawnych, które bezpośrednio pracują z osobami chorymi na COVID-19 lub osobami z grupy ryzyka ciężkiego przebiegu tej choroby* **(wzór – załącznik nr 12).**
5. Oświadczenia pracowników objętych kształceniem ustawicznym o spełnianiu warunków określonych dla priorytetu nr 5- w przypadku wyboru powyższego priorytetu - *wsparcie kształcenia ustawicznego dla osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem* **(wzór – załącznik nr 9).**
6. Oświadczenia pracowników objętych kształceniem ustawicznym z których wynika, iż kwalifikują się do objęcia priorytetem nr 7 – dotyczy wyboru priorytetu nr 7 – *wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które nie posiadają świadectwa ukończenia szkoły lub świadectwa dojrzałości* **(wzór – załącznik nr 13).**
7. Oświadczenia pracowników objętych kształceniem ustawicznym z których wynika, iż kwalifikują się do objęcia priorytetem nr 8 – dotyczy wyboru priorytetu nr 8 - *wsparcie realizacji szkoleń dla instruktorów praktycznej nauki zawodu bądź osób mających zamiar podjęcia się tego zajęcia, opiekunów praktyk zawodowych i opiekunów stażu uczniowskiego oraz szkoleń branżowych dla nauczycieli kształcenia zawodowego* **(wzór – załącznik nr 10).**
8. Program kursu zawierający w szczególności: dane organizatora kształcenia ustawicznego, tematykę zajęć, liczbę godzin kursu, szczegółową kalkulację kosztu kursu **(wzór - załącznik nr 2).**
9. Program studiów podyplomowych zawierający w szczególności: dane organizatora kształcenia ustawicznego, tematykę zajęć, liczbę semestrów, szczegółową kalkulację kosztu studiów   
   **(wzór – załącznik nr 3).**
10. Program egzaminu umożliwiający uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych***(*wzór *-* załącznik nr 4).**
11. Harmonogram **kursu (wzór – załącznik nr 5).**
12. Oświadczanie wnioskodawcy będącego/nie będącego beneficjentem pomocy de minimis   
    (**wzór – załącznik nr** **6)**.
13. 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.
14. Pełnomocnictwo do reprezentowania pracodawcy, o ile nie wynika ono z innych dokumentów załączonych przez wnioskodawcę.
15. Kopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności w przypadku braku wpisu do KRS lub rejestru ewidencji gospodarczej.
16. Wzór dokumentu wystawionego przez realizatora usługi potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników kształcenia ustawicznego.
17. 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).
18. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis **(załącznik nr 7).**
19. 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 14**).
20. Zaświadczenie o niezaleganiu w opłacaniu składek do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ważne   
    1 miesiąc, oryginał lub kserokopia potwierdzona za zgodność),
21. Minimum 3 oferty cenowe podpisane przez organizatora kształcenia ustawicznego lub wydruki ze stron internetowych zawierające cenę i adres strony internetowej,
22. 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

stacjonarna / hybrydowa (stacjonarna, online) / e-learning

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 2020r. poz. 708).

□ 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 14) 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 5 - wsparcie kształcenia ustawicznego dla osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem)

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

(imię i nazwisko pracownika)

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

(nazwa szkolenia)

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

Oświadczam, iż od dnia …………….. podjąłem (-ęłam) pracę po przerwie spowodowanej sprawowaniem opieki nad dzieckiem i spełniam warunki priorytetu nr 5 opisane poniżej\*.

………………………………………………..

(podpis pracownika)

**\*Priorytet nr 5 dotyczy osób (np. matki, ojca, opiekuna prawnego), którzy w ciągu jednego roku przed datą złożenia wniosku o dofinansowanie podjęły pracę po przerwie spowodowanej sprawowaniem opieki nad dzieckiem. Przerwa w pracy mogła być spowodowana np. urlopem macierzyńskim, wychowawczym, zwolnieniem na opiekę nad dzieckiem. Nie ma znaczenia długość przerwy w pracy oraz czy jest to powrót do pracodawcy sprzed przerwy czy zatrudnienie u nowego pracodawcy.**

*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 8 - wsparcie realizacji szkoleń dla instruktorów praktycznej nauki zawodu bądź osób mających zamiar podjęcia się tego zajęcia, opiekunów praktyk zawodowych i opiekunów stażu uczniowskiego oraz szkoleń branżowych dla nauczycieli kształcenia zawodowego)

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

(imię i nazwisko pracownika)

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

(nazwa szkolenia)

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

Oświadczam, iż:

- jestem nauczycielem teoretycznych przedmiotów zawodowych lub nauczycielem praktycznej nauki zawodu zatrudnionym w publicznych szkołach prowadzących kształcenie zawodowe, bądź w publicznych placówkach kształcenia ustawicznego lub w publicznych centrach kształcenia zawodowego – prowadzonych zarówno przez jednostki samorządu terytorialnego, jak również przez osoby fizyczne i osoby prawne niebędące jednostkami samorządu terytorialnego lub

- powierzono mi obowiązki instruktora praktycznej nauki zawodu, opiekuna praktyk zawodowych\*\* lub stażu uczniowskiego\* lub

- deklaruję chęć przyjęcia obowiązków instruktora praktycznej nauki zawodu, opiekuna praktyk zawodowych\*\* lub stażu uczniowskiego\*.

………………………………………………..

(podpis pracownika)

\*Staż uczniowski (zgodnie z definicją wskazaną w art. 121a ust. 1 i ust. 21 ustawy Prawo Oświatowe z dnia 14.12.2016 r.) to staż w rzeczywistych warunkach pracy w celu ułatwienia uzyskiwania doświadczenia i nabywania umiejętności praktycznych niezbędnych do wykonywania pracy w zawodzie, w którym kształcą się, jaki mogą w okresie nauki odbywać uczniowie technikum i uczniowie branżowej szkoły I stopnia niebędący młodocianymi pracownikami. W czasie odbywania stażu uczniowskiego opiekę nad uczniem sprawuje wyznaczony przez podmiot przyjmujący na staż uczniowski opiekun stażu uczniowskiego.

\*\*Praktyki zawodowe u pracodawców lub w indywidualnych gospodarstwach rolnych (zgodnie z § 11 ust. 1 Rozporządzenia MEN z 22.02.2019 r. w sprawie praktycznej nauki zawodu) są prowadzone pod kierunkiem opiekunów praktyk zawodowych, którymi mogą być pracodawcy lub wyznaczeni przez nich pracownicy albo osoby prowadzące indywidualne gospodarstwa rolne.

*Załącznik nr 11*

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

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

(w przypadku wyboru priorytetu nr 1 - wsparcie kształcenia ustawicznego dla osób zatrudnionych w firmach, które na skutek obostrzeń zapobiegających rozprzestrzenianiu się choroby COVID-19, musiały ograniczyć swoją działalność)

Oświadczam, iż zostały na mnie nałożone ograniczenia, nakazy i zakazy w zakresie prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej ustanowione w związku z wystąpieniem stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, określone w przepisach ………………………………………………………………………………

(odpowiedni przepis Rozporządzenia)

wydanych na podstawie art. 46a i art. 46b pkt 1-6 i 8-12 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2020r poz. 1845 i 2112).

Ubieganie się o dofinansowanie szkolenia …………………………………………………………………

(nazwa szkolenia)

jest konieczne do nabycia nowych umiejętności czy kwalifikacji w związku z rozszerzeniem / przekwalifikowaniem obszaru działalności firmy oraz ma wspomóc wprowadzenie zmian umożliwiających utrzymanie się na rynku pracy oraz utrzymać miejsca pracy.

………………………………………………..

(podpis i pieczęć pracodawcy)

*Załącznik nr 12*

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

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

(w przypadku wyboru priorytetu nr 2 - wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników służb medycznych, pracowników służb socjalnych, psychologów, terapeutów, pracowników domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo – leczniczych, prywatnych domów opieki oraz innych placówek dla seniorów/osób chorych/niepełnosprawnych, które bezpośrednio pracują z osobami chorymi na COVID-19 lub osobami z grupy ryzyka ciężkiego przebiegu tej choroby)

Oświadczam, iż wskazane przeze mnie osoby do odbycia kształcenia ustawicznego z zakresu …………………………………………………………………………………………………………………..

(nazwa szkolenia)

bezpośrednio pracują z osobami chorymi na COVID-19\* lub z osobami z grupy ryzyka ciężkiego przebiegu tej choroby\*.

\* proszę zaznaczyć właściwe

………………………………………………..

(podpis i pieczęć pracodawcy)

*Załącznik nr 13*

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

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

(w przypadku wyboru priorytetu nr 7 - wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które nie posiadają świadectwa ukończenia szkoły lub świadectwa dojrzałości)

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

(imię i nazwisko pracownika)

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

(nazwa szkolenia)

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

Oświadczam, iż:

- nie posiadam świadectwa ukończenia szkoły\*

- nie posiadam świadectwa dojrzałości\*

\* proszę zaznaczyć właściwe

………………………………………………..

(podpis pracownika)

*Załącznik nr 14*

**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 | | | | | | | | | | |  |  |  |  | |

…………………….………..………………………….

(pieczęć i podpis pracodawcy)

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