

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

pieczęć firmowa wnioskodawcy (miejscowość i data)

**Powiatowy Urząd Pracy w Mońkach**

**WNIOSEK PRACODAWCY O PRZYZNANIE ŚRODKÓW   
Z KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO  
 NA KSZTAŁCENIE USTAWICZNE PRACOWNIKÓW I PRACODAWCY**

*Podstawa prawna:*

1. *Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2019, poz. 1482 z późn. zm.);*
2. *Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Społecznego (Dz. U. 2018, poz.117);*
3. *Rozporządzenie 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 352/1);*
4. *Rozporządzenie Komisji (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 352/9);*
5. *Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2016r. poz. 1808 z późn. zm.);*
6. *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. Nr 53, poz. 311 z późn. zm);*
7. *Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz. U. Nr 121, poz. 810);*
8. **DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**
9. Pełna nazwa pracodawcy ..............................................................................................................................................................

1. Adres siedziby pracodawcy

telefon:

fax:

e – mail:

1. Miejsce prowadzenia działalności …………………………………………………………………...

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

1. Numer REGON
2. Numer NIP
3. Numer KRS (w przypadku spółek handlowych i kapitałowych)…………………………………………………..
4. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej (zgodnie z wpisem w odpowiednim rejestrze)

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

1. Rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej określony zgodnie z PKD) ………………………….
2. Forma prawna działalności wnioskodawcy

(np. spółdzielnia, Spółka (podać jaka), działalność indywidualna, inna)

1. Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby uprawnionej do podpisania umowy ……………………………………………………………………………………………………..
2. Imię i nazwisko, numer telefonu, adres poczty elektronicznej osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktów z Urzędem …………………………………………………………………………….

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

1. Nazwa banku oraz numer konta bankowego

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | \_ |  |  |  |  | \_ |  |  |  |  | \_ |  |  |  |  | \_ |  |  |  |  | \_ |  |  |  |  | \_ |  |  |  |  |  |

1. Liczba osób zatrudnionych na umowę o pracę na dzień złożenia wniosku ....................................
2. **DANE DOTYCZĄCE WYSOKOŚCI I HARMONOGRAMU WSPARCIA**

1. Całkowita wartość planowanych działań kształcenia ustawicznego ………………………. w tym:

- kwota wnioskowana z KFS: ………………………………………………………….  
 (słownie: .......………………………………………………………………………..zł);

- kwota wkładu własnego: …………………………………………………………….  
 (słownie: …………………………………………………………………………….zł);

2. Szczegółowa specyfikacja i harmonogram wydatkówdotyczących dofinansowania kształcenia ustawicznego:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Forma kształcenia ustawicznego | Nazwa | Liczba osób przewidzianych  do objęcia wsparciem | | | Miejsce i termin realizacji | Koszt kształcenia jednego uczestnika w zł | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę  w zł | Wnioskowana wysokość z KFS w zł | Całkowita wysokość wydatków w zł |
| Ogółem | w tym kobiety | w tym pracodawcy |
| **1** | Kurs |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | Studia podyplomowe |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** | Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** | Badania lekarskie  i psychologiczne wymagane  do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** | Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków  w związku z podjętym kształceniem |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | **SUMA** | |  |  |  |

**III.** **UAZASADNIENIE WNIOSKU**

1.Priorytety Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej wydatkowania środków KFS w roku 2020:

**□\***  wsparcie kształcenia ustawicznego dla osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze

sprawowaniem opieki nad dzieckiem;

□\* wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia.

□\* wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych [„Barometr zawodów 2020”](https://barometrzawodow.pl/pl/podlaskie/prognozy-dla-powiatow/2020/moniecki.19..225....1....0.1.1.225.)

**□\*** wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z rozwojem w firmach technologii i zastosowaniem

wprowadzonych przez firmy narzędzi pracy;

**□\***wsparcie kształcenia ustawicznego w obszarach/branżach kluczowych dla rozwoju

powiatu/województwa wskazanych w dokumentach strategicznych/planach rozwoju;

**□\*** wsparcie realizacji szkoleń dla instruktorów praktycznej nauki zawodu bądź osób mających zamiar

podjęcie się tego zajęcia, opiekunów praktyk zawodowych i opiekunów stażu uczniowskiego oraz

szkoleń branżowych dla nauczycieli kształcenia zawodowego;

**□\*** wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników zatrudnionych w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego, wskazanych na liście przedsiębiorstw społecznych prowadzonej przez MRPiPS, członków lub pracowników spółdzielni socjalnych lub pracowników Zakładów Aktywizacji

Zawodowej.

***\*właściwe zaznaczyć***

2. Szczegółowy opis potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego, przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy oraz obowiązujących priorytetów wydatkowania środków KFS:

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

3. Uzasadnienie wyboru realizatora kształcenia ustawicznego i jego usługi (w relacji do innych podobnych ofert) ze środków KFS:

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

4. Informacje o planach odnośnie dalszego zatrudniania osób objętych kształceniem ustawicznym finansowanym z KFS:

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

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

/miejscowość, data/ /podpis i pieczęć

wnioskodawcy lub osoby uprawnionej

do reprezentowania wnioskodawcy/

UWAGA !

Starosta rozpatruje wnioski wraz załącznikami, o których mowa w § 5 ust. 2, złożone w terminie,   
o którym mowa w § 2 ust. 1 (*Dz. U. 2018, poz. 117).*

Wniosek, który nie zawiera wszystkich informacji wymienionych w § 5 ust. 1 oraz wymaganych zgodnie z § 5 ust. 2 (*Dz. U. 2018, poz. 117~~)~~* załączników, pozostaje bez rozpatrzenia.

W przypadku gdy wniosek pracodawcy jest wypełniony nieprawidłowo, starosta wzywa do jego poprawienia w terminie nie dłuższym niż 14 dni.

W przypadku niepoprawienia wniosku we wskazanym terminie pozostaje on bez rozpatrzenia.

Przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na kształcenie ustawiczne pracowników   
i pracodawcy jest dokonywane na podstawie umowy cywilnoprawnej, a nie na podstawie decyzji administracyjnej. W związku z powyższym odmowa przyznania tych środków nie podlega odwołaniu.

Na podstawie art. 69b ust 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia   
i instytucjach rynku pracy (Dz. U z 2019 r. poz. 1482 z późn. zm.) na wniosek pracodawcy, na podstawie umowy, starosta może przyznać środki z KFS na sfinansowanie: kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy, w wysokości:

1. 80 % kosztów kształcenia ustawicznego, nie więcej jednak niż 300 % przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika;
2. 100 %, kosztów kształcenia ustawicznego, nie więcej jednak niż 300 % przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika w przypadku mikroprzedsiębiorstw.

Każdy punkt wniosku powinien być wypełniony w sposób czytelny.

Nie należy modyfikować i usuwać elementów wniosku. Ewentualne dodatkowe informacje należy sporządzić jako załącznik.

Wniosek może być złożony, jeżeli pracodawca posiada siedzibę lub prowadzi działalność na terenie powiatu monieckiego.

**Do wniosku należy dołączyć załączniki,** **które stanowią jego integralną część tj.:**

1/ W przypadku spółki cywilnej – kserokopię umowy spółki - oryginały do wglądu,

2/ Załącznik nr 1 – oświadczenie wnioskodawcy;

3/ Załącznik nr 2 – oświadczenie wnioskodawcy o otrzymanej pomocy de minimis;

4/ Załącznik nr 3 – wykaz osób , które mają zostać objęte działaniami finansowymi z udziałem środków   
z KFS, w podziale według wieku, poziomu wykształcenia oraz liczby osób pracujących w szczególnych warunkach lub wykonujących prace o szczególnym charakterze;

5/ Załącznik nr 4 – oświadczenie pracownika;

6/ Załącznik nr 5 – oświadczenie o zawarciu umowy z pracownikami;

7/ Załącznik nr 6 – zaświadczenie z uczelni potwierdzające kierunek studiów podyplomowych i wysokość opłat za studia;

8/ Załącznik nr 7 – oferta usługi szkoleniowej;

9/ wypełniony „Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis” – wzór formularza dostępny w siedzibie Urzędu lub na stronie internetowej [www.pupmonki.pl](http://www.pupmonki.pl);

10/ inne – wg wskazań Powiatowego Urzędu Pracy.

|  |
| --- |
|  |

**Decyzja Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Mońkach:**

Przyznaję środki na kształcenie ustawiczne z Krajowego Funduszu Szkoleniowego dla:

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

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

(nazwa firmy)

w wysokości ............................... zł (słownie:.........................................................................................................

................................................................................................................................................................................)

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

/pieczęć i podpis Dyrektora PUP

w Mońkach/



**Załącznik nr 1**

……………………………. …………………………….

(pieczęć firmowa wnioskodawcy) (miejscowość i data)

**OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY**

**Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą, oświadczam w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuje, co następuje:**

1. Zalegam\* / Nie zalegam\* w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
2. Zalegam\* / Nie zalegam\* w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;
3. Posiadam\* / Nie posiadam\* w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
4. Spełniam warunki\* / Nie spełniam warunków\* rozporządzenia MPiPS z dnia 19 maja 2014r.  
   w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. 2018 r., poz. 117);
5. Spełniam warunki\* / Nie spełniam warunków\*, o których mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18.12.2013r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu   
   o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis(Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013r.)
6. Spełniam warunki\* / Nie spełniam warunków\*, o których mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18.12.2013r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu   
   o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis(Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013r.);
7. Oświadczam, że ciąży\*/ nie ciąży\* na mnie obowiązek zwrotu kwoty stanowiącej równowartość udzielonej pomocy publicznej, co do której Komisja Europejska wydała decyzję o obowiązku zwrotu pomocy;
8. Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu przez Powiatowy Urząd Pracy w Mońkach dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o której mowa   
    w rozporządzeniu MPiPS z dnia 19 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków   
   z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. 2018 r., poz. 117), zgodnie z ustawą z dnia 24 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018r., poz. 1000 z późn. zm.);
9. **Jestem świadomy(a), że kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego jest finansowane ze środków publicznych   
   i w związku z tym podlega szczególnym zasadom rozliczania.**

Przyjmuję do wiadomości, że umowa dotycząca przyznanych środków na kształcenie ustawiczne pracowników   
i pracodawcy ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego jest aktem cywilnoprawnym i żadnej ze stron nie przysługuje roszczenie jej zawarcia.

Znam i rozumiem przepisy wspólnotowe i krajowe dotyczące pomocy publicznej dla przedsiębiorców.

Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Mońkach jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.

***\* niepotrzebne skreślić***

…………………………………...

/data, podpis i pieczęć

wnioskodawcy lub osoby uprawnionej

do reprezentowania wnioskodawcy/

****

**Załącznik nr 2**

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS**

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

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

(imię i nazwisko, miejsce zamieszkania i adres albo firma, siedziba i adres podmiotu ubiegającego się o pomoc)

**Oświadczam, iż**

* *nie otrzymałem(am) pomocy de minimis\**
* *otrzymałem(am) pomoc de minimis w wysokości.................................... euro i dołączam kserokopie, potwierdzone za zgodność z oryginałem, zaświadczeń o pomocy de minimis uzyskanej w ciągu 3 lat przed dniem złożenia wniosku\**

\*- właściwe zaznaczyć

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Data udzielenia pomocy** | **Nr umowy** | **Nazwa instytucji udzielającej pomocy** | **Kwota w euro**  **netto/brutto** | **Cel przeznaczenia pomocy** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** | | | |  |  |

**............................................... .............................................................**

*(miejscowość i data***)** *( podpis podmiotu lub osób uprawnionych*

*do reprezentowania podmiotu)*



**Załącznik nr 3**

**Wykaz osób, które mają zostać objęte działaniami finansowymi   
z udziałem środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Imię i nazwisko | Stanowisko | Poziom wykształcenia | | | | | 15-24 lata | 25-34 lata | 35-44 lata | 45 lat i więcej | Osoba wykonuje pracę  w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze  TAK/NIE\* | Okres trwania umowy o pracę  od …do |
| Gimnazjalne | Zasadnicze zawodowe | Średnie ogólne | Policealne i średnie zawodowe | Wyższe |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

***\* niepotrzebne skreślić***

…………………………………...

/data, podpis i pieczęć

wnioskodawcy lub osoby uprawnionej

do reprezentowania wnioskodawcy/

**Załącznik nr 4**

***Oświadczenie pracownika***

Ja niżej podpisany **…..………………………………………………………………………**

*(imię i nazwisko, PESEL)*

wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dokumentacji dotyczącej podejmowanych działań ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego zgodnie z ustawą z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych (*Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 z późn. zm*.) na potrzeby ich realizacji.

……………………………… ………..…………………………

*( miejscowość, data )*  *(podpis)*

***Oświadczenie pracownika***

Ja niżej podpisany **…..………………………………………………………………………**

*(imię i nazwisko, PESEL)*

wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dokumentacji dotyczącej podejmowanych działań ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego zgodnie z ustawą z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych *(Dz. U. z 2018 r. poz. 1000* *z późn. zm*.) na potrzeby ich realizacji.

……………………………… ………..…………………………

*( miejscowość, data )*  *(podpis)*

**Załącznik nr 5**

**

**Oświadczenie**

**o zawarciu umowy z pracownikami**

Oświadczam, że na podstawie art. 69b ust 3 ustawy z dnia 20.04.2004 r.   
o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2019 r. poz. 1482 z późn. zm.) *(wymienić pracowników)*:

1. ……………………………………………………………………………...

(imię i nazwisko pracownika)

1. ……………………………………………………………………………...

(imię i nazwisko pracownika)

1. ……………………………………………………………………………...

(imię i nazwisko pracownika)

1. ……………………………………………………………………………...

(imię i nazwisko pracownika)

Została/y podpisana/e umowa/y określająca prawa i obowiązki pracownika   
i pracodawcy związane z jego/ich udziałem w kształceniu ustawicznym finansowanym ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego.

Umowy te znajdują się w dyspozycji Pracodawcy, który zobowiązuje się do ich przedstawienia na każde żądanie Starosty.

……………………………….... ……………………………….

(data, miejscowość) (podpis Pracodawcy)

|  |
| --- |
|  |

****

**Załącznik nr 6**

………………………………. ……………………….., dnia …………………..

(pieczęć uczelni) (miejscowość)

**Zaświadczenie**

**z uczelni potwierdzające kierunek studiów podyplomowych i wysokość opłat za studia**

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

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

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

(pełna nazwa i adres uczelni, wydział, kierunek)

działając na podstawie …………………………………………………………………................…………..

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

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

(podstawa prawna funkcjonowania uczelni i organizacji studiów podyplomowych)

oświadcza, iż w terminie …………………………………………………………………...................……...

(od dd.mm.rrrr – do dd.mm.rrrr)

tj. ……………………………………………….. semestrów organizuje studia podyplomowe

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

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

(nazwa studiów podyplomowych)

**Wysokość opłaty za studia podyplomowe wynosi** …………….………………………… zł,

(słownie: ……………………………………………………...................…………….................................. ).

**Płatne:**

**- jednorazowo w terminie do:** …………………………………….........………………..…………………

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

(podpis i pieczęć upoważnionej osoby)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 7**

**OFERTA USŁUGI SZKOLENIA**

**INFORMACJE DOTYCZĄCE INSTYTUCJI PROPONUJĄCEJ USŁUGĘ SZKOLENIA**

**Nazwa instytucji .........................................................................................................................**

**Osoba do kontaktu .....................................................................................................................**

**Tel. ………………………………………………………………………………………..…….**

**e-mail …………………………………………………………………………..……………….**

**NIP …………………………………………………………….………………………………..**

**REGON …………………………………………………………………………..……………**

**PKD ……………………………….............................................................................................**

**Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, w przypadku braku wpisu kopię dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności.**

**Osoba upoważniona do reprezentowania ......................................................................................................................................................**

**Posiadane certyfikaty jakości usług (kopie w załączeniu).**

**Rodzaj wydawanych dokumentów potwierdzających ukończenie kształcenia ustawicznego i uzyskania kwalifikacji (wzory w załączeniu).**

**Opis bazy kształcenia ustawicznego.**

**PROGRAM SZKOLENIA**

**pn . …………………………………………………………………………………………………..**

(nazwa kształcenia ustawicznego)

|  |
| --- |
| **I. ZAKRES SZKOLENIA**  **.................................................................................................................................................**  **.................................................................................................................................................** |
| **II. CZAS TRWANIA I SPOSÓB ORGANIZACJI SZKOLENIA**  **II. 1. Ilość dni (kalendarzowych) szkolenia: ….**  **II. 2. Proponowany termin ) szkolenia: ......**  **II. 3. Liczba godzin ogółem – …. , w tym: teoretycznych - …., praktycznych - ….**  **II. 4. Miejsce ) kształcenia ustawicznego:**  **teoretycznego: …………………………………………………………**  **praktycznego : ………………………………………………………….**  **II. 5. Sposób organizacji szkolenia teoretycznego i praktycznego:**  **- zajęcia będą prowadzone …… dni w ciągu tygodnia**  **- ilość godzin zegarowych dziennie: … zajęć teoretycznych … zajęć praktycznych**  **II. 6. Dopuszczalny maksymalny wymiar nieobecności na zajęciach wynosi …. godzin.**  **(w razie nieobecności uczestnika, zajęcia muszą być przez niego odbyte w innym terminie)** |
| **III. WYMAGANIA WSTĘPNE DLA UCZESTNIKÓW SZKOLENIA**  **..................................................................................................................................................**  **..................................................................................................................................................** |
| **IV. CELE KSZTAŁCENIA SZKOLENIA**  **.................................................................................................................................................**  **................................................................................................................................................** |
| **V. PLAN NAUCZANIA** (określający tematy zajęć edukacyjnych oraz ich wymiarz uwzględnieniem, w miarę potrzeby, części teoretycznej i części praktycznej)  **...............................................................................................................................................**  **...............................................................................................................................................** |
| **VI. OPIS TREŚCI SZKOLENIA (**w zakresie poszczególnych zajęć edukacyjnych)  **...............................................................................................................................................**  **...............................................................................................................................................** |
| **VII. WYKAZ LITERATURY ORAZ NIEZBĘDNYCH ŚRODKÓW**  **I MATERIAŁÓW DYDAKTYCZNYCH**  **................................................................................................................................................**  **................................................................................................................................................** |
| **VIII. PRZEWIDYWANE SPRAWDZIANY I EGZAMINY**  **................................................................................................................................................**  **................................................................................................................................................** |

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

(data i miejscowość)

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

Podpis i pieczęć imienna upoważnionego

przedstawiciela WYKONAWCY

**KALKULACJA KOSZTÓW SZKOLENIA**

pn………………………………………………………………………………………………………...

liczba godzin kształcenia ustawicznego jednej osoby ...............liczba osób w grupie ................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Treść** | **Kwota**  **złotych** |
|  | ***WYNAGRODZENIE BEZPOŚREDNIE*** | |
| 1. | Wynagrodzenie wykładowców i instruktorów | 0,0 |
| 2. | Wynagrodzenie kierownika kształcenia ustawicznego | 0,0 |
|  | **I. WYNAGRODZENIE BEZPOŚREDNIE RAZEM:**  (poz. 1+2) | 0,0 |
| ***MATERIAŁY BEZPOŚREDNIE*** | | |
| 3. | Materiały kształcenia ustawicznego (m. in.: skrypty, podręczniki) | 0,0 |
| 4. | Środki dydaktyczne | 0,0 |
| 5. | Maszyny, urządzenia, materiały eksploatacyjne użyte do kształcenia ustawicznego | 0,0 |
|  | **II. MATERIAŁY BEZPOŚREDNIE RAZEM:**  (poz. 3+4) | 0,0 |
| **L.p.** | **Treść** | **Kwota**  **złotych** |
|  | **III. INNE KOSZTY**  (np. koszty dotyczące sali wykładowej, warsztatów związane bezpośrednio z realizacją kształcenia ustawicznego; koszty obsługi administracyjno-biurowej stanowiące wydatki bieżące związane z realizacją kształcenia ustawicznego; koszty zaświadczeń, certyfikatów dotyczące szkolenia) | 0,0 |
|  | **IV. KOSZT SZKOLENIA RAZEM**  (poz. I+II+III) | **0,0** |
|  | **V. KOSZT EGZAMINU** | **0,0** |
|  | **VI. KOSZT SZKOLENIA JEDNEGO SŁUCHACZA** (poz. IV dzielona przez ilość osób w grupie) | **0,0** |

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

(data i miejscowość)

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

Podpis i pieczęć imienna upoważnionego

przedstawiciela WYKONAWCY

**HARMONOGRAM SZKOLENIA:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data | Liczba godzin  szkolenia | Godzina rozpoczęcia | Tematy zajęć | Wykładowca  (imię i nazwisko) | Miejsce szkolenia | Uwagi |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |

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

(data i miejscowość)

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

Podpis i pieczęć imienna upoważnionego

przedstawiciela WYKONAWCY

**Wykaz osób przewidzianych do przeprowadzenia szkolenia**

**pn. ………………………………………………………………………………**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | NAZWISKO I IMIĘ | WYKSZTAŁCENIE | DOŚWIADCZENIE  KWALIFIKACJE  UPRAWNIENIA | ROLA W REALIZACJI ZAMÓWIENIA  (omawiane zagadnienia) |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |

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

(data i miejscowość)

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

Podpis i pieczęć imienna upoważnionego

przedstawiciela WYKONAWCY



…………………………………….

(pieczęć Pracodawcy)

**Formularz rozliczeniowy dotyczący poniesionych kosztów kształcenia ustawicznego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko PRACOWNIKA**  **objętego kształceniem ustawicznym finansowanym**  **z udziałem środków KFS** | **Forma zatrudnienia**  **i okres trwania umowy**  **(podać daty)** | **Forma i nazwa kształcenia ustawicznego** | **Cena jednostkowa kształcenia ustawicznego** | **Przyznane środki KFS** | **Poniesione koszty** | | **Różnica (6-7)** |
| **Środki KFS** | **Wkład własny** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

………………………………………………

Podpis Pracodawcy