*Załącznik nr 3 do Regulaminu*

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

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

Pieczęć pracodawcy

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO PRACOWNIKÓW I PRACODAWCÓW W RAMACH   
 REZERWY 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 nr 10) wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób po 50 roku życia;**

**🗌 Priorytet nr 11) wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności;**

**🗌 Priorytet nr 12) wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób z niskim wykształceniem;**

**🗌 Priorytet nr 13) wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w obszarach/branżach, które powiatowe urzędy pracy określą na podstawie wybranych przez siebie dokumentów strategicznych, analiz czy planów rozwoju jako istotne dla danego powiatu czy województwa.**

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 8000,00 zł**), pracodawca pokryje 20% kosztów. W przypadku kursu, którego koszt wynosi 8000,00 zł – ze środków KFS zostanie sfinansowana kwota 6400,00 zł, pracodawca musi pokryć koszt 1600,00 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 8000,00 zł**). W przypadku kursu, którego koszt wynosi 8000,00 zł - dofinansowanie ze środków KFS wyniesie 100 %, czyli 8000,00 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** - **36 tys. zł,**

- w przypadku **pozostałych pracodawców** – **110 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 bieżącym 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.;
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;
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;
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. **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;
15. **Spełniam/ nie spełniam¹** warunki rozporządzenia komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy   
    de minimis (Dz. Urz. UE L, 2023/2831 z 15.12.2023);
16. **Jestem/ nie jestem**¹ mikroprzedsiębiorcą, zgodnie z załącznikiem 1 do Rozporządzenia Komisji (UE)   
    nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014 r.).

**Oświadczam, iż posiadam środki finansowe na wkład własny w wysokości wskazanej w pkt 19 niniejszego wniosku (nie dotyczy mikoprzedsiębiorcy).**

1. 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.
2. Dokumenty dotyczące realizacji umowy o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców w ramach KFS będą przechowywane pod adresem …………………….…..

Zobowiązuję się do pisemnego poinformowania tutejszego Urzędu o zmianie miejsca archiwizacji powyższych dokumentów.

1. Oświadczam, iż wniosek zawiera ……………………………kartek.

***Klauzula informacyjna dla przedsiębiorców/ pracodawców***

Wypełniając obowiązek prawny, zgodnie z art. 13 i 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE - ogólne rozporządzenie o ochronie danych (Dz. Urz. UE L 2016 Nr 119, s.1), dalej jako „RODO”, Powiatowy Urząd Pracy w Mysłowicach informuje, iż:

1. Administrator Danych Osobowych - Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy   
   w Mysłowicach, 41-400 Mysłowice, tel. 32 223 27 21, e-mail: [kamy@praca.gov.pl](mailto:kamy@praca.gov.pl)
2. Inspektor Ochrony Danych - w Urzędzie wyznaczono Inspektora Ochrony Danych, można się z nim skontaktować za pośrednictwem poczty elektronicznej e-mail: [inspektor@myslowice.pup.gov.pl](mailto:inspektor@myslowice.pup.gov.pl) lub poczty tradycyjnej na adres siedziby Administratora. Pełne dane IOD dostępne na stronie internetowej <https://myslowice.praca.gov.pl/> w zakładce „Ochrona danych osobowych”.
3. Cel przetwarzania i podstawa prawna - Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu rejestracji w ewidencji pracodawców oraz świadczenia usług urzędu - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c RODO oraz Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
4. Odbiorcy danych osobowych lub kategorie odbiorców - Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane   
   i udostępniane wyłącznie podmiotom uprawnionym na podstawie obowiązujących przepisów prawa, np. organom państwowym, organom ochrony prawnej (Policja, Prokuratura, Sąd) lub organom samorządu terytorialnego w związku   
   z prowadzonym postępowaniem na podstawie umotywowanego wniosku ze stosowną podstawą prawną. Pani/Pana dane osobowe mogą być także przekazywane podmiotom, które przetwarzają je na zlecenie administratora, tzw. podmiotom przetwarzającym, są nimi np. podmioty świadczące usługi informatyczne, telekomunikacyjne, pocztowe i inne, jednakże przekazanie danych nastąpić może tylko wtedy, gdy zapewnią one odpowiednią ochronę Pani/Pana praw.
5. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej.
6. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania danych osobowych, nie dłużej niż wynika to z Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt obowiązującego w Powiatowym Urzędzie Pracy   
   w Mysłowicach.
7. Informacje o prawach osób, których dane dotyczą - w związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo do: dostępu do danych osobowych, sprostowania, żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, prawo do przenoszenia danych i cofnięcia zgody na przetwarzanie.
8. Cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Udzielona zgoda może zostać wycofana przez Panią/Pana w dowolnym momencie.   
   W szczególnych przypadkach przewidzianych przepisami RODO osoba, której dane dotyczą, ma prawo w dowolnym momencie wnieść sprzeciw – z przyczyn związanych z jej szczególną sytuacją.
9. Wymienione prawa mogą być ograniczone w sytuacjach, kiedy Powiatowy Urząd Pracy w Mysłowicach jest zobowiązany prawnie do przetwarzania danych w celu realizacji obowiązku ustawowego.
10. Informacje o obowiązku lub dobrowolności podania danych i konsekwencjach niepodania danych - Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. W przypadku nie podania danych nie będzie możliwe udzielenie wsparcia ani skorzystanie z usług Urzędu.
11. Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji - Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.
12. Prawo wniesienia skargi - przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO) (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy prawa.

…………………………………..

(podpis przedsiębiorcy/ pracodawcy   
potwierdzający zapoznanie się z klauzulą)

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

1. Oświadczenia pracowników objętych kształceniem ustawicznym dofinansowanym z Krajowego Funduszu Szkoleniowego dot. zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zapoznania się   
   z klauzula informacyjną **(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. 6 pkt 4 Regulaminu w sprawie finansowania kształcenia ustawicznego Pracowników i Pracodawców w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego **(wzór – załącznik nr 8).**
3. Program kursu zawierający w szczególności: dane organizatora kształcenia ustawicznego, tematykę zajęć, liczbę godzin kursu, szczegółową kalkulację kosztu kursu **(wzór - załącznik nr 2).**
4. Program studiów podyplomowych zawierający w szczególności: dane organizatora kształcenia ustawicznego, tematykę zajęć, liczbę semestrów, szczegółową kalkulację kosztu studiów   
   **(wzór – załącznik nr 3).**
5. Program egzaminu umożliwiający uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych***(*wzór *-* załącznik nr 4).**
6. Harmonogram **kursu (wzór – załącznik nr 5).**
7. Oświadczanie wnioskodawcy będącego/nie będącego beneficjentem pomocy de minimis   
   (**wzór – załącznik nr** **6)**.
8. Kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem umowy spółki w przypadku spółek prawa cywilnego oraz koncesja lub pozwolenie na prowadzenie działalności – w przypadku, gdy wymaga tego przepis prawa.
9. Pełnomocnictwo do reprezentowania pracodawcy, o ile nie wynika ono z innych dokumentów załączonych przez wnioskodawcę.
10. Kopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności w przypadku braku wpisu do KRS lub rejestru ewidencji gospodarczej; kopię statutu regulującego zadania, strukturę organizacyjną i sposób działania podmiotu prawa publicznego.
11. Wzór dokumentu wystawionego przez realizatora usługi potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników kształcenia ustawicznego.
12. Informacje dodatkowe o wybranym realizatorze usługi finansowanej z Krajowego Funduszu Szkoleniowego w zakresie posiadania przez niego certyfikatów jakości usług i prowadzenia analiz skuteczności usług (kserokopie potwierdzone za zgodność lub wydruki ze strony internetowej).
13. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis **(załącznik nr 7).**
14. Oświadczenie o wysokości uzyskanej pomocy de minimis na podstawie art. 7 ust. 4 Rozporządzenia Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu   
    o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L, 2023/2831 z 15.12.2023) (**załącznik nr 9**).
15. Minimum 3 oferty cenowe podpisane przez organizatora kształcenia ustawicznego lub wydruki ze stron internetowych zawierające cenę i adres strony internetowej,
16. Oświadczenia pracowników objętych kształceniem ustawicznym o spełnianiu warunków określonych dla priorytetu nr 11 - w przypadku wyboru powyższego priorytetu – *wsparcie rozwoju umiejętności  
     i kwalifikacji osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności* **(wzór – załącznik nr 10),**
17. Oświadczenia pracowników objętych kształceniem ustawicznym o spełnianiu warunków określonych dla priorytetu nr 12 - w przypadku wyboru powyższego priorytetu - *wsparcie rozwoju umiejętności  
     i kwalifikacji osób z niskim wykształceniem* **(wzór – załącznik nr 11),**
18. w przypadku wyboru priorytetu nr 13 – *wsparcie kształcenia ustawicznego   
    w obszarach/branżach, które powiatowe urzędy pracy określą na podstawie wybranych przez siebie dokumentów strategicznych, analiz czy planów rozwoju jako istotne dla danego powiatu czy województwa –* zaświadczenie z Urzędu Miasta Mysłowice potwierdzające, iż Pracodawca wnioskujący o pomoc z zakresu kształcenia ustawicznego ze środków KFS będzie realizował/realizuje zadania ujęte   
    w dokumencie pn. „Strategia Rozwoju Mysłowice 2030+”. Treść dokumentu znajduje się na stronie BIP Urzędu Miasta Mysłowice – zakładka Akty prawne i dokumenty – Plany i Programy miejskie – Strategie – Strategia zrównoważonego rozwoju – Strategia Rozwoju Mysłowice 2030+.
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).**
* Oświadczenie o wysokości uzyskanej pomocy de minimisna podstawie art. 7 ust. 4 Rozporządzenia Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu   
  o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L, 2023/2831   
  z 15.12.2023) (**załącznik nr 9**).

**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.

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

***Klauzula informacyjna dla pracowników podmiotów objętych kształceniem ustawicznym - KFS***

Wypełniając obowiązek prawny, zgodnie z art. 13 i 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE - ogólne rozporządzenie o ochronie danych (Dz. Urz. UE L 2016 Nr 119, s.1), dalej jako „RODO”, Powiatowy Urząd Pracy w Mysłowicach informuje, iż:

1. Administrator Danych Osobowych - Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy   
   w Mysłowicach, 41-400 Mysłowice, tel. 32 223 27 21, e-mail: [kamy@praca.gov.pl](mailto:kamy@praca.gov.pl)
2. Inspektor Ochrony Danych - w Urzędzie wyznaczono Inspektora Ochrony Danych, można się z nim skontaktować za pośrednictwem poczty elektronicznej e-mail: [inspektor@myslowice.pup.gov.pl](mailto:inspektor@myslowice.pup.gov.pl) lub poczty tradycyjnej na adres siedziby Administratora. Pełne dane IOD dostępne na stronie internetowej <https://myslowice.praca.gov.pl/> w zakładce „Ochrona danych osobowych”.
3. Cel przetwarzania i podstawa prawna - Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie w celu realizacji zadań ustawowych, w zakresie wykonania umowy o sfinansowanie działań na rzecz kształcenia ustawicznego pracowników ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego, zawartej z Pracodawcą, na podstawie na podstawie z art. 6 ust 1 lit. c RODO oraz Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;
4. Pani/Pana dane osobowe zostały udostępnione przez Pracodawcę ubiegającego się o pomoc określoną w Ustawie   
   z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
5. Odbiorcy danych osobowych lub kategorie odbiorców - Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane i udostępniane wyłącznie podmiotom uprawnionym na podstawie obowiązujących przepisów prawa, np. organom państwowym, organom ochrony prawnej (Policja, Prokuratura, Sąd) lub organom samorządu terytorialnego w związku z prowadzonym postępowaniem na podstawie umotywowanego wniosku ze stosowną podstawą prawną. Pani/Pana dane osobowe mogą być także przekazywane podmiotom, które przetwarzają je na zlecenie administratora, tzw. podmiotom przetwarzającym, są nimi np. podmioty świadczące usługi informatyczne, telekomunikacyjne, pocztowe i inne, jednakże przekazanie danych nastąpić może tylko wtedy, gdy zapewnią one odpowiednią ochronę Pani/Pana praw.
6. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania danych osobowych, nie dłużej niż wynika to z Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt obowiązującego w Powiatowym Urzędzie Pracy w Mysłowicach.
8. Informacje o prawach osób, których dane dotyczą - w związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo do: dostępu do danych osobowych, sprostowania, żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, prawo do przenoszenia danych i cofnięcia zgody na przetwarzanie.
9. Cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Udzielona zgoda może zostać wycofana przez Panią/Pana w dowolnym momencie. W szczególnych przypadkach przewidzianych przepisami RODO osoba, której dane dotyczą, ma prawo w dowolnym momencie wnieść sprzeciw – z przyczyn związanych z jej szczególną sytuacją.
10. Wymienione prawa mogą być ograniczone w sytuacjach, kiedy Powiatowy Urząd Pracy w Mysłowicach jest zobowiązany prawnie do przetwarzania danych w celu realizacji obowiązku ustawowego.
11. Informacje o obowiązku lub dobrowolności podania danych i konsekwencjach niepodania danych - Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymogiem ustawowym. W przypadku nie podania danych nie będzie możliwa realizacja wniosku o ww. pomoc.
12. Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji - Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO.
13. Prawo wniesienia skargi - przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO) (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy prawa.

…………………………………..

(podpis pracownika potwierdzający   
zapoznanie się z klauzulą)

*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 2021r. poz. 743 z późn. zm.).

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

………………………………………………

podpis i pieczęć pracodawcy

**Wnioskodawcy nie będący beneficjentami pomocy składają wniosek bez FORMULARZA INFORMACJI PRZEDSTAWIANYCH PRZY UBIEGANIU SIĘ O POMOC DE MINIMIS.**

**W przypadku beneficjentów pomocy do wniosku o dofinansowanie należy dołączyć:**

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

**- Oświadczenie o wysokości uzyskanej pomocy de minimisna podstawie art. 7 ust. 4 Rozporządzenia Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu   
o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L, 2023/2831 z 15.12.2023) (załącznik nr 9).**

*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. 6 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 10*

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

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

(w przypadku wyboru priorytetu nr 11 z rezerwy Krajowego Funduszu Szkoleniowego – *wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności*)

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

(imię i nazwisko pracownika)

W związku z ubieganiem się o dofinansowanie szkolenia

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

(nazwa szkolenia)

Oświadczam, że posiadam ważne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.

………………………………………………..

(podpis pracownika)

*Załącznik nr 11*

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

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

(w przypadku wyboru priorytetu nr 12 z rezerwy Krajowego Funduszu Szkoleniowego – *wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób z niskim wykształceniem*)

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

(imię i nazwisko pracownika)

W związku z ubieganiem się o dofinansowanie szkolenia

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

(nazwa szkolenia)

Oświadczam, że nie posiadam świadectwa dojrzałości, w tym nie ukończyłem/am szkoły na jakimkolwiek poziomie.

………………………………………………..

(podpis pracownika)

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