 Świdnik, dnia …………………….………… r.

pieczęć firmowa pracodawcy.......................................

**Starosta Świdnicki**

**za pośrednictwem**

**Powiatowego Urzędu Pracy**

**w Świdniku**

**WNIOSEK**

**Pracodawcy o przyznanie środków rezerwy Krajowego Funduszu Szkoleniowego (KFS) na sfinansowanie kształcenia ustawicznego w 2025 r.**

# DANE PRACODAWCY

* Pełna nazwa pracodawcy ……………………………………..……………………………………………………

………………………………………………………………….…………………….…

* Adres siedziby pracodawcy

……………………………..……………………………………………………………

* Miejsce prowadzenia działalności gospodarczej (pełen adres)

……………………………..……………………………………………………………

* NIP ……………………………………………………………………………..………
* REGON………………………………………………….……………………………...
* KRS…………..…………………………………………………………………...….…
* Nr telefonu ………………………………………………………………………….….
* adres poczty elektronicznej ……………………………………………………….…
* PKD przeważające ……………….…………………………………………………..
* Jestem podatnikiem podatku od towarów i usług zgodnie z ustawą z dnia 26 maja 2017 roku o podatku od towarów i usług:

**Tak/Nie**\*(niepotrzebne skreślić)

* Forma prawna (np. spółdzielnia, spółka – podać jaka, działalność indywidualna):……………………………………………………………………….…
* Wielkość przedsiębiorstwa zgodnie z obowiązującymi przepisami:

**mikro/małe/średnie/ duże/nie dotyczy\*(**niepotrzebne skreślić)

* Liczba pracowników zatrudnionych na podstawie **umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, lub spółdzielczej umowy o pracę** (zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy na dzień złożenia wniosku…………
* Kształceniu ustawicznemu podlegać będzie:

Pracodawca w liczbie:……………… …

Pracownik w liczbie:…………….….…..

* Nazwisko i imię osoby wskazanej i umocowanej do podpisania umowy (umocowanie to musi wynikać z dokumentów rejestrowych/założycielskich pracodawcy lub stosownych pełnomocnictw):

………………………………………..…………………………………………………

* Nr rachunku bankowego na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku:

…………………………………………………………………………………………

**UWAGA! W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku i otrzymania środków środki muszą zostać przekazane realizatorowi działań ze wskazanego wyżej konta.**

* Osoba upoważniona ze strony Pracodawcy do kontaktu z Urzędem

imię i nazwisko ………………..……………………………………………………………………

nr telefonu ………………..……………………………………………………………………

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

# WYSOKOŚĆ I PRZEZNACZENIE WSPARCIA

Całkowita wartość planowanych działań związanych z kształceniem ustawicznym: …………………………………...…..…zł słownie:……………………….…………………………………………...………… …… zł

w tym:

**-** ………………………….……….. zł **kwota wnioskowana z KFS** słownie:………………………………………………………………………..……………………… zł

**-** ………………………….……….. zł kwota wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę słownie:………………………...…………………………………………… zł.

**Przy wyliczaniu wkładu własnego pracodawcy nie należy uwzględniać innych kosztów, które pracodawca poniesie w związku z udziałem pracowników w kształceniu ustawicznym, np. wynagrodzenie za godziny nieobecności w pracy w związku z uczestnictwem w zajęciach, koszty delegacji w przypadku konieczności dojazdu do miejscowości innej niż miejsce szkolenia itp**.

**Wnioskowana wysokość środków KFS nie może uwzględniać kosztów związanych z dojazdem, wyżywieniem, zakwaterowaniem.**

**Wnioskowane środki KFS będą przeznaczone na finansowanie (właściwe podkreślić):**

1. działań obejmujących określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego,
2. działań obejmujących kursy,
3. działań obejmujących studia podyplomowe,
4. działań obejmujących egzaminy,
5. działań obejmujących badania,
6. działań obejmujących ubezpieczenie NNW

**z uwzględnieniem poniższych priorytetów Rady Rynku Pracy** (właściwe zaznaczyć):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Priorytety RADY RYNKU PRACY na rok 2025:** | **Liczba osób** | **Wnioskowana kwota środków KFS** |
| **PRIORYTET 10**  Wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 50 roku życia |  |  |
| **Priorytet nr 11**  Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności – bez zmian w stosunku do lat ubiegłych (należy uzupełnić oświadczenie poniżej). |  |  |
| **Priorytet nr 12**  Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób z niskim wykształceniem |  |  |
| **PRIORYTET 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 |  |  |

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA PRIORYTETU Nr 10**

Oświadczam, że pracownicy wskazani do objęcia wsparciem spełniają warunki dostępu do priorytetu tj.: na dzień złożenia wniosku ukończyli 50 rok życia……………………**liczba osób**

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA PRIORYTETU Nr 11**

Oświadczam, że pracownicy wskazany do objęcia wsparciem spełniają warunki dostępu do priorytetu tj.:

* posiadają orzeczenie o stopniu niepełnosprawności ważne   
  od dnia ………………….do dnia……………………..**liczba osób**………………….

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA PRIORYTETU Nr 12**

Oświadczam, że pracownicy wskazany do objęcia wsparciem spełniają warunki dostępu do priorytetu tj.

* ze wsparcia w ramach tego priorytetu mogą skorzystać osoby, które nie mają świadectwa dojrzałości, w tym nie ukończyły szkoły na jakimkolwiek poziomie.…………..…. **liczba osób**

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA PRIORYTETU Nr 13**

* Oświadczam, że na dzień złożenia wniosku pracownik wskazany do objęcia wsparciem spełnia warunki dostępu do priorytetu a udzielone wsparcie dotyczy zagadnień szczegółowych wymienionych w załączniku nr 1 do Regionalnej Strategii Innowacji województwa Lubelskiego do 2030 r. <https://www.lubelskie.pl/file/2021/03/REGIONALNA-STRATEGIA-INNOWACJI-WOJEW%C3%93DZTWA-LUBELSKIEGO-wersja-ostateczna-dost%C4%99pna-cyfrowo-marzec-2021.pdf> ……………………… **liczba osób**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa wnioskowanego kształcenia** | **Nazwa Zagadnienia Szczegółowego wymienionego w załączniku 1** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |
| **3.** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Nazwa kursu** | **Termin realizacji** | **Koszt szkolenia dla jednej osoby** | **Całkowita wysokość wydatków** | **Wnioskowana wysokość środków z  KFS** | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Kierunek studiów podyplomowych** | **Termin realizacji** | **Koszt studiów dla jednej osoby** | **Całkowita wysokość wydatków** | **Wnioskowana wysokość środków  z KFS** | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Rodzaj egzaminu umożliwiającego uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych** | **Termin realizacji** | **Koszt egzaminu dla jednej osoby** | **Całkowita wysokość wydatków** | **Wnioskowana wysokość środków  z KFS** | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Rodzaj badań lekarskich**  **i psychologicznych wymaganych**  **do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu** | **Termin realizacji** | **Koszt badania dla jednej osoby** | **Całkowita wysokość wydatków** | **Wnioskowana wysokość środków  z KFS** | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Ubezpieczenie**  **od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku**  **z podjętym kształceniem** | **Termin realizacji** | **Koszt ubezpieczenia dla jednej osoby** | **Całkowita wysokość wydatków** | **Wnioskowana wysokość środków  z KFS** | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **Określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego z  ubieganiem się**  **o sfinansowanie tego kształcenia ze środków KFS** | **Termin realizacji** | **Całkowita wysokość wydatków** | | **Wnioskowana wysokość środków  z KFS** | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |

# INFORMACJE O UCZESTNIKACH KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objęci wsparciem według rodzajów wsparcia** | **Liczba pracodawców** | **Liczba pracowników ogółem** | **W tym kobiety** |
| 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 |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objęci wsparciem według grup wiekowych** | **Liczba pracodawców** | **Liczba pracowników ogółem** | **W tym kobiety** |
| 15 - 24 lata |  |  |  |
| 25 - 34 lata |  |  |  |
| 35 - 44 lata |  |  |  |
| 45 lat i więcej |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objęci wsparciem według wykształcenia** | **Liczba pracodawców** | **Liczba pracowników ogółem** | **W tym kobiety** |
| Gimnazjalne i poniżej |  |  |  |
| Zasadnicze zawodowe |  |  |  |
| Średnie ogólnokształcące |  |  |  |
| Policealne i średnie zawodowe |  |  |  |
| Wyższe |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objęci wsparciem według wykonywanych zawodów** | **Liczba pracodawców** | **Liczba pracowników ogółem** | **W tym kobiety** |
| Siły zbrojne |  |  |  |
| Przedstawiciele władz publicznych , wyżsi urzędnicy i kierownicy |  |  |  |
| Specjaliści |  |  |  |
| Technicy i inni średni personel |  |  |  |
| Pracownicy biurowi |  |  |  |
| Pracownicy usług i sprzedawcy |  |  |  |
| Rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy |  |  |  |
| Robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy |  |  |  |
| Operatorzy i monterzy maszyn i urządzeń |  |  |  |
| Pracownicy wykonujący prace proste |  |  |  |

**WYKAZ OSÓB OBJĘTYCH WNIOSKIEM - UCZESTNIKÓW KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i Nazwisko**  **Data urodzenia** | **Poziom wykształcenia** | **Stanowisko służbowe zgodnie z umową o pracę** | **Osoba pracująca w szczególnych warunkach lub wykonująca prace o szczególnym charakterze TAK/NIE** | **Miejsce wykonywania pracy** | **Wnioskodawca złożył wniosek o dofinansowanie kształcenia ze środków KFS w innym urzędzie pracy w 2025 roku wpisać**  **TAK/NIE ( jeśli tak należy wpisać przyznaną kwotę)** | **Planowane działania dla poszczególnych osób**  **Należy wymienić każde działanie dla danej osoby** | **Numer priorytetu** | **okres obowiązywania umowy o pracę**  **Należy wskazać okres**  **od….. do……** | **Całkowity koszt na poszczególną osobę** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | RAZEM | | | | | | | |  |

**Oświadczam co następuje:**

1. Osoby objęte wnioskiem spełniają definicję pracownika zgodnie z art. 2 K.P.
2. Spełniam warunki określone w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 roku w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego.
3. Koszt dofinansowania z KFS planowanych form wsparcia nie przekroczy na jednego pracownika 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku.
4. Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskaniu pomocy de minimis, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z urzędem pracy, otrzymam pomoc de minimis.
5. Nie ciąży na mnie obowiązek zwrotu pomocy, wynikający z wcześniejszych decyzji uznających pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem.
6. Zapoznałem się z treścią art. 69a i 69 b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz rozporządzeniem Ministra pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 roku w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego.
7. Przyjmuję do wiadomości, że Staroście Świdnickiemu, za pośrednictwem Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Świdniku przysługuje prawo weryfikacji danych zamieszczonych we wniosku, prawo kontroli wydatkowania środków KFS zgodnie z  przeznaczeniem, monitorowania przebiegu form objętych kształceniem ustawicznym oraz zobowiązuję się, na wezwanie, przedłożyć niezbędne informacje, dokumenty, wyjaśnienia itp.
8. Pracodawca / pracownicy\* wskazani w niniejszym wniosku nie przebywają na urlopach macierzyńskich, rodzicielskich, wychowawczych, bezpłatnych oraz nie są to osoby współpracujące.
9. Nie jestem powiązany osobowo lub kapitałowo z instytucją szkoleniową realizującą kursy wskazane we wniosku.
10. Oświadczam, że utrzymam zatrudnienie pracownika którego kieruję na kształcenie ustawiczne co najmniej do dnia zakończenia ostatniej formy wsparcia.
11. Osoby, których dotyczy wniosek o finansowanie kształcenia ustawicznego, ze środków Krajowego Funduszu szkoleniowego nie spełniają definicji osoby współpracującej zgodnie z art. 8 ust 11 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (za osobę współpracująca uważa się: małżonka, dzieci własne lub dzieci drugiego małżonka i dzieci przysposobione, rodziców oraz macochę i ojczyma pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym i współpracujących przy prowadzeniu działalności).
12. Oświadczam, że informacje zawarte we wniosku i załączonych do niego dokumentów są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
13. 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.
14. Zapoznałem/am się z zasadami i przysługującymi mi prawami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych przez PUP w Świdniku oraz przyjąłem do wiadomości informacje zawarte w Klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych dla przedsiębiorców i innych podmiotów ubiegających się lub korzystających z form pomocy znajdującej się na stronie urzędu pracy pod adresem <https://swidnik.praca.gov.pl/urzad/ochrona-danych-osobowych>.
15. Oświadczam, że pracownicy objęci wnioskiem zostali poinformowani o zasadach i przysługujących im prawach dotyczących przetwarzania danych osobowych przez PUP w Świdniku oraz przyjęli do wiadomości informacje zawarte w Klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych dla osób biorących udział w kształceniu ustawicznym finansowanym ze środków KFS, znajdującej się na stronie urzędu pracy pod adresem <https://swidnik.praca.gov.pl/urzad/ochrona-danych-osobowych>.
16. **Zapoznałem się z Zasadami przyznawania Pracodawcy środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego w Powiatowym Urzędzie Pracy w Świdniku w 2025 r**

\*niepotrzebne skreślić

pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej………………………………………

# UZASADNIENIE POTRZEB ODBYCIA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO PRZY UWZGLĘDNIENIU:

1. obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy;
2. zgodność kompetencji nabywanych przez uczestników kształcenia ustawicznego  
    z potrzebami lokalnego lub regionalnego rynku pracy;
3. obowiązujących priorytetów wydatkowania środków KFS w 2025 roku:

**UWAGA: Oddzielnie dla każdej wnioskowanej osoby (bez danych osobowych) należy się odnieść do wszystkich w/w punktów.** .……………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

# INFORMACJA O PLANACH DOTYCZĄCYCH DALSZEGO ZATRUDNIANIA OSÓB, KTÓRE BĘDĄ OBJĘTE KSZTAŁCENIEM USTAWICZNYM FINANSOWANYM ZE ŚRODKÓW KFS ORAZ PLANACH CO DO DZIAŁANIA FIRMY W PRZYSZŁOŚCI W PRZYPADKU PRACODAWCY, KTÓRY BĘDZIE OBJĘTY KSZTAŁCENIEM USTAWICZNYM FINANSOWANYM ZE ŚRODKÓW KFS:

w przypadku kształcenia dla pracownika: plany dotyczące np. utrzymania zatrudnienia, awansu zawodowego, rozszerzenia obowiązków zawodowych, przesunięcia na inne stanowisko pracy lub inne istotne dla pracodawcy; − w przypadku kształcenia dla pracodawcy proszę wpisać informację na temat planów co do działania firmy w przyszłości.

**UWAGA:**   
Oddzielnie dla każdej wnioskowanej osoby (bez danych osobowych). …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…….……….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………..

pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej………………………………….

# WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1. Oświadczenie lub zaświadczenia Wnioskodawcy o otrzymaniu bądź nie otrzymaniu pomocy de minimis – **załącznik nr 1 do wniosku.**
2. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis - **załącznik nr 2 do wniosku.**
3. Informacja o kursie w ramach KFS wraz z programem kursu – **załącznik nr 3 do wniosku,**
4. Informacja o studiach podyplomowych w ramach KFS – **załącznik nr 4 do wniosku,**
5. Informacja o egzaminach w ramach KFS – **załącznik nr 5 do wniosku,**
6. Oświadczenie podmiotu ubiegającego się o wsparcie w związku z agresją Rosji wobec Ukrainy – **załącznik nr 6 do wniosku.**
7. Oświadczenie podmiotu sektora publicznego – **załącznik nr 7 do wniosku**
8. Wzór dokumentu wystawianego przez realizatora usługi potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących – **załącznik nr 8 do wniosku.**
9. Kserokopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności w przypadku braku wpisu do KRS lub CEIDG – **załącznik nr 9** do wniosku.

# WYPEŁNIA POWIATOWY URZĄD PRACY

Na podstawie karty oceny wniosku o przyznanie środków z KFS oraz posiadanych środków finansowych:

1. Wniosek sprawdzono pod względem formalnym i merytorycznym.
2. Sposób rozpatrzenia wniosku.

Proponuję rozpatrzyć wniosek w następujący sposób:

* pozytywnie:
* w całości,
* w części (opis):

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

* negatywnie,
* pozostawić bez rozpatrzenia

(data i podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego)……………………………………………….

(data i podpis Kierownika Działu DRP) ……………………………………………………………..

1. Przyznano środki na kształcenie ustawiczne z Krajowego Funduszu Szkoleniowego w wysokości:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Działanie** | **Kwota przyznanego dofinansowania ze środków KFS** | **Liczba osób do objęcia wsparciem** |
| Określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego |  |  |
| 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/lub psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu |  |  |
| Ubezpieczenie NNW w związku z podjętym kształceniem |  |  |
| **RAZEM** |  |  |

**akceptuję/ nie akceptuję\* przyznaję/ nie przyznaję****\*** środki KFS

Z-ca Dyrektora ds. Aktywizacji Zawodowej:…………………………………………………………..

Dyrektor PUP:…………………………………………………………………………………………...