

……………………………………..

(pieczęć Pracodawcy)

**Starosta Powiatu Lubelskiego**

**za pośrednictwem**

**Powiatowego Urzędu Pracy   
w Lublinie**

**Wniosek**

**o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

**na finansowanie działań na rzecz kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców**

**w ramach priorytetów wydatkowania środków KFS w roku 2025**

**Podstawa prawna:**

* *art. 69a i b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy   
  ( t.j.. Dz.U. 2025 poz. 214),*
* *art.443 Ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. 2025 poz. 620)*
* *Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 roku w sprawie przyznawania środków  
  z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 117 ),*
* *Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz.U. 2025 poz. 468*),
* *Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1530),*
* *Rozporządzenie 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.*

1. **DANE PRACODAWCY**
2. Nazwa pracodawcy……………………………………………………………………………………..

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

NIP…………………………………….. REGON……………………………………………………...

przeważający rodzaj działalności gospodarczej wg PKD………………………………………...…….

1. Adres siedziby pracodawcy……………………………………………………………………………..
2. Miejsce prowadzenia działalności……………………………………………………………………....
3. Nazwa banku i numer rachunku bankowego, na który zostaną przekazane środki   
   w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku: …………………………………………………….

🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌

1. Imię i nazwisko osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktów (Pracodawca bądź upoważniony Pracownik):

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

numer telefonu………………………………………………………………………………………..

adres poczty elektronicznej…………………………………………………………………………...

1. Liczba zatrudnionych pracowników na dzień złożenia wniosku …………………………………….

7. Prowadzę / nie prowadzę\* działalność(i) gospodarczą(ej)\*\*, w rozumieniu prawa Unii Europejskiej.

\* niewłaściwe skreślić

*\*\** przez działalność gospodarczą należy rozumieć oferowanie towarów i usług na rynku, przy czym pojęcie to dotyczy zarówno działalności produkcyjnej, jak i dystrybucyjnej i usługowej. Nie jest istotne występowanie zarobkowego charakteru działalności, w związku z czym działalność gospodarczą, w rozumieniu unijnego prawa konkurencji, prowadzić mogą także podmioty typu non-profit (stowarzyszenia, fundacje). Nie ma również znaczenia jak dana działalność jest kwalifikowana w prawie krajowym oraz czy podmiot wpisany jest do krajowego rejestru przedsiębiorców lub ewidencji działalności gospodarczej).

1. **INFORMACJE O PLANOWANYM KSZTAŁCENIU USTAWICZNYM PRACOWNIKÓW\*\*\* I PRACODAWCY\*\*\*\***

\*\*\*Pracownik – zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 roku Kodeks Pracy ***(****t.j. Dz. U. z 2023 r., poz. 1465* ***)*** – oznacza osobę zatrudnioną na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę. Pracownikiem nie jest, w rozumieniu ustawy, osoba, która wykonuję pracę lub świadczy usługi na podstawie umów cywilnoprawnych np. umowy zlecenia, umowy agencyjnej, umowy o dzieło. Nie jest pracownikiem osoba współpracująca tj. zgodnie z art. 8 ust. 11 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych: małżonek, dzieci własne lub dzieci drugiego małżonka i dzieci przysposobione, rodzice, macocha i ojczym pozostający we wspólnym gospodarstwie i współpracujący przy prowadzeniu działalności gospodarczej.

\*\*\*\*Pracodawca – zgodnie z art. 3 Kodeksu Pracy oraz art. 2 ust. 1 pkt 25 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 475) - jest jednostką organizacyjną, chociażby nie posiadała osobowości prawnej, a także osobę fizyczną, jeżeli zatrudniają one co najmniej jednego pracownika.

1. **Wskazanie działań i wysokości wydatków na rzecz kształcenia ustawicznego**
2. kursy realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa kursu | Termin realizacji | Liczba osób przewidzianych do objęcia wsparciem | | | | **Koszt dla**  **jednej osoby** | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł  Ogółem | Wnioskowana wysokość środków z KFS  Ogółem | Całkowita wysokość wydatków w zł  Ogółem |
| **Ogółem** | | **w tym pracodawcy** | |
| **K** | **M** | **K** | **M** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. studia podyplomowe realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa studiów podyplomowych | Termin realizacji | Liczba osób przewidzianych do objęcia wsparciem | | | | **Koszt dla**  **jednej osoby** | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł  Ogółem | Wnioskowana wysokość środków z KFS  Ogółem | Całkowita wysokość wydatków w zł  Ogółem |
| **Ogółem** | | **w tym pracodawcy** | |
| **K** | **M** | **K** | **M** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa egzaminu | Termin realizacji | Liczba osób przewidzianych do objęcia wsparciem | | | | **Koszt dla**  **jednej osoby** | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł  Ogółem | Wnioskowana wysokość środków z KFS  Ogółem | Całkowita wysokość wydatków w zł  Ogółem |
| **Ogółem** | | **w tym pracodawcy** | |
| **K** | **M** | **K** | **M** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. badania lekarskie i/lub psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa badania | Termin realizacji | Liczba osób przewidzianych do objęcia wsparciem | | | | **Koszt dla**  **jednej osoby** | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł  Ogółem | Wnioskowana wysokość środków z KFS  Ogółem | Całkowita wysokość wydatków w zł  Ogółem |
| **Ogółem** | | **w tym pracodawcy** | |
| **K** | **M** | **K** | **M** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa ubezpieczenia | Termin realizacji | Liczba osób przewidzianych do objęcia wsparciem | | | | **Koszt dla**  **jednej osoby** | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł  Ogółem | Wnioskowana wysokość środków z KFS  Ogółem | Całkowita wysokość wydatków w zł  Ogółem |
| **Ogółem** | | **w tym pracodawcy** | |
| **K** | **M** | **K** | **M** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego w związku z ubieganiem się o sfinansowanie tego kształcenia   
   ze środków KFS

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Termin realizacji | Liczba osób przewidzianych do objęcia wsparciem | | | | **Koszt dla**  **jednej osoby** | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł  Ogółem | Wnioskowana wysokość środków z KFS  Ogółem | Całkowita wysokość wydatków w zł  Ogółem |
| **Ogółem** | | **w tym pracodawcy** | |
| **K** | **M** | **K** | **M** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Całkowita wysokość wydatków na planowane działania obejmujące kształcenie ustawiczne (w zł)………………………………………………………………………

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

w tym:

wnioskowana wysokość środków z KFS………………………………………………

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

wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę …………………………

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

1. **UZASADNIENIE POTRZEBY ODBYCIA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO, PRZY UWZGLĘDNIENIU OBECNYCH LUB PRZYSZŁYCH POTRZEB PRACODAWCY ORAZ OBOWIĄZUJĄCYCH PRIORYTETÓW WYDATKOWANIA ŚRODKÓW KFS W ROKU 2025**

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

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

1. **UZASADNIENIE WYBORU REALIZATORA USŁUGI KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO FINANSOWANEJ ZE ŚRODKÓW KFS** *……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..*

*……………………………………………………………………………………………………..*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..*

*……………………………………………………………………………………………………..*

*……………………………………………………………………………………………………..*

*……………………………………………………………………………………………………..*

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

1. **INFORMACJA O PLANACH DOTYCZĄCYCH DALSZEGO ZATRUDNIENIA OSÓB, KTÓRE BĘDĄ OBJĘTE KSZTAŁCENIEM USTAWICZNYM FINANSOWANYM ZE ŚRODKÓW KFS** …………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………..

**Należy dołączyć do wniosku podpisaną przez pracownika/-ów Klauzulę Informacyjną  
o przetwarzaniu danych osobowych** **przez Powiatowy Urząd Pracy  
 w Lublinie dla pracowników objętych kształceniem ustawicznym stanowiącą załącznik nr 10.**

…………………………….. …………………………………………...

(miejscowość, data) (podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania pracodawcy)

**Nie należy modyfikować i usuwać elementów wniosku.**

Wymagane załączniki:

**Załącznik nr 1** Oświadczenie Pracodawcy

**Załącznik nr 2** Formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc de minimis

**Załącznik nr 3** Oświadczenie o pomocy de minimis

**Załącznik nr 4** Informacja o usłudze kształcenia ustawicznego - kursie w ramach KFS

**Załącznik nr 4a** Program kształcenia

**Załącznik nr 4b** Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawionego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego

**Załącznik nr 4c** Dokument, na podstawie którego prowadzone są pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego, jeżeli informacja ta nie jest dostępna w publicznych rejestrach elektronicznych

**Załącznik nr 5** Informacja o studiach podyplomowych w ramach KFS

**Załącznik 5a** Program kształcenia ustawicznego

**Załącznik 5b** Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawionego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego

**Załącznik nr 6** Informacja o egzaminie w ramach KFS

**Załącznik nr 6a** Zakres egzaminu

**Załącznik 6b** Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawionego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego

**Załącznik nr 7** Informacja o osobach, które mają zostać objęte działaniami finansowanymi z udziałem środków KFS

**Załącznik nr 8** Kopię dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej; w przypadku spółki cywilnej należny przedłożyć kopię umowy spółki cywilnej ( kopie dokumentów powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną )

**Załącznik nr 9** Pełnomocnictwo do reprezentowania Pracodawcy w przypadku jego ustanowienia, jeżeli nie wynika ono bezpośrednio z dokumentów rejestracyjnych (należy je przedłożyć w postaci notarialnie potwierdzonej kopii lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez osobę/osoby udzielającą/e pełnomocnictwa ).

**Załącznik nr 10 Klauzula Informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy  
 w Lublinie dla pracowników objętych kształceniem ustawicznym.**

1. **WYPEŁNIA POWIATOWY URZĄD PRACY**
2. Wniosek sprawdzono pod względem formalnym i merytorycznym

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

data podpis pracownika merytorycznego

1. Sposób rozpatrzenia wniosku\*:

- pozytywnie:

- w całości,

- w części dotyczącej:

***…………………………………………………………………………………………***

**………………………………………………………………………………………….**

**…………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………….**

- negatywnie,

- pozostawiony bez rozpatrzenia (niewłaściwe skreślić)

\*niewłaściwe skreślić

………………………………………… ………………………………………… data Pieczęć i podpis Dyrektora działającego z upoważnienia Starosty Lubelskiego

1. Przyznano środki na kształcenie ustawiczne z KFS w wysokości:

……………………………………zł

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

….………………… ………………………………

data Pieczęć i podpis Dyrektora działającego z upoważnienia Starosty Lubelskiego

...……………………… ***Załącznik nr 1***

nazwa Pracodawcy

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

Oświadczam co następuje:

1. Złożyłem/nie złożyłem\* wniosek w innym powiatowym urzędzie pracy o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy objętych niniejszym wnioskiem.
2. Osoby objęte wnioskiem spełniają definicję pracownika zgodnie z art. 2 K.P.
3. Koszt finansowania z KFS planowanych form wsparcia nie przekroczy na jednego pracownika 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku.
4. Wybrana do realizacji usługa kształcenia ustawicznego jest konkurencyjna merytorycznie i cenowo w porównaniu z podobnymi usługami oferowanymi na rynku, o ile są dostępne.
5. Jestem/nie jestem\* powiązany osobowo lub kapitałowo z instytucją szkoleniową realizującą kursy wskazane we wniosku.
6. Zapoznałem się z treścią art. 69a i 69b 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 oraz *Zasadami przyznawania dofinansowania na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy w ramach środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego w 2025 roku.*
7. Przyjmuję do wiadomości, że:

**-** w przypadku gdy wniosek jest wypełniony nieprawidłowo, wyznacza się termin nie krótszy niż 7 dni i nie dłuższy niż 14 dni do jego poprawienia;

- w przypadku niepoprawienia wniosku we wskazanym terminie lub niedołączenia wymaganych załączników, wniosek pozostawia się bez rozpatrzenia.

**-** Staroście Powiatu Lubelskiego, za pośrednictwem Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Lublinie 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.

1. W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, zobowiązuję się do:
2. złożenia w dniu podpisania umowy o finansowanie ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego działań obejmujących kształcenie ustawiczne pracowników   
   i pracodawcy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy de minimis, jeżeli   
   w okresie od dnia złożenia wniosku do podpisania umowy otrzymam pomoc de minimis;
3. Ciąży/nie ciąży\* na mnie obowiązek zwrotu pomocy, wynikający z wcześniejszych decyzji uznających pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem.
4. Zalegam/nie zalegam\* w dniu złożenia wniosku z wypłaceniem wynagrodzeń pracownikom oraz opłaceniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Emerytur Pomostowych oraz innych danin publicznych.
5. 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.

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku i załączonych do niego dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

***\* niepotrzebne skreślić***

………………………… ………………………………………….. Miejscowość, data Podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby upoważnionej

***………………………………………….. Załącznik nr 3***

***pieczęć Pracodawcy***

**Oświadczenie o pomocy de minimis**

Oświadczam, że w okresie trzech lat **otrzymałem / nie otrzymałem\***pomoc(y) *de minimis*.

Oświadczam, że w okresie trzech lat **otrzymałem / nie otrzymałem\***pomoc(y) *de minimis* w rolnictwie.

Oświadczam, że w okresie trzech lat **otrzymałem / nie otrzymałem\***pomoc(y) *de minimis* w rybołówstwie.

W przypadku **otrzymania** pomocy de minimis, pomocy de minimis w rolnictwie, pomocy de minimis w rybołówstwie, należy dołączyć zaświadczenia o otrzymanej pomocy de minimis (poświadczone kserokopie) lub wypełnić poniższą tabelę.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Organ udzielający pomocy** | **Podstawa prawna** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy** | **Wartość pomocy de minimis w euro** | **Wartość pomocy de minimis w rolnictwie w euro** | **Wartość pomocy de minimis w rybołówstwie w euro** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Potwierdzam własnoręcznym podpisem wiarygodność i prawdziwość podanych informacji.**

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

*Miejscowość i data Podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentacji*

*i składania oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym*

\* niewłaściwe skreślić

***Załącznik nr 4***

**INFORMACJA O USŁUDZE KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO – KURSIE W RAMACH KFS**

1. Nazwa realizatora kursu.................................................................................…………………….…….

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

1. Siedziba realizatora kursu…………………………..………………………………………….……….

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

1. NIP: …………………………………………..REGON:…………………………….………….…….
2. Posiadanie certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego………………..……...

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

1. **Dokument, na podstawie którego prowadzone są pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego** (zał. 4c) ..………………………………………………………………………………………………..
2. Nazwa kursu: …………………………………………………………………………………………...
3. Miejsce realizacji kursu: ………………………………………………………………….….…………
4. Liczba godzin kursu…………………… ……………………………………………….……..……….
5. Termin realizacji kursu od ………………………………do………………………………..….

(dzień-miesiąc-rok) (dzień-miesiąc-rok)

1. Cena kursu w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku, o ile są dostępne dla 1 osoby**[[1]](#footnote-1)** z wyłączeniem kosztów związanych z przejazdem, zakwaterowaniem, wyżywieniem, organizacją zajęć integracyjnych i innych działań nie związanych z realizacją programu kursu (cena usługi powinna być konkurencyjna w stosunku do cen obowiązujących na rynku usług szkoleniowych): ………………………...………………………………………………...................................................

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

1. Czy kurs będzie organizowany wyłącznie dla osób objętych wnioskiem: tak/nie\*
2. Płatne jednorazowo/płatne w ratach\*
3. Termin/y płatności: nie później jak …………………………………………………………..….……

(dzień-miesiąc-rok)

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

miejscowość i data Podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby upoważnionej

**Załącznik nr 4a Program kształcenia ustawicznego**

**Załącznik nr 4b Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawionego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego**

**Załącznik nr 4c Dokument, na podstawie którego prowadzone są pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego, jeżeli informacja ta nie jest dostępna w publicznych rejestrach elektronicznych**

***Załącznik nr 5***

**INFORMACJA O STUDIACH PODYPLOMOWYCH W RAMACH KFS**

1. Nazwa organizatora studiów podyplomowych: ………………………………………..………………

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

1. Siedziba organizatora studiów podyplomowych: …………………………………………....................

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

1. NIP: …………………………………………. REGON: ……………………………………………...
2. Posiadanie certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego………………..……....

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

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

1. Kierunek studiów podyplomowych: …………………………………………………………………...

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

1. Termin rozpoczęcia studiów (dzień-miesiąc-rok): ….………………………………………………….
2. Termin zakończenia studiów (dzień-miesiąc-rok): ….…………………………………………………
3. Liczba semestrów studiów podyplomowych ….……………………………………………………….
4. Koszt studiów w porównaniu z kosztem podobnych usług oferowanych na rynku, o ile są dostępne: …..………………………..……………………………………………………………………………..

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

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

1. Płatne jednorazowo/płatne w ratach\*
2. Termin/y płatności: nie później jak …………………………………………………………..….……..

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

miejscowość i data Podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby upoważnionej

**Załącznik 5a Program kształcenia ustawicznego**

**Załącznik 5b Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawionego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego**

**\*** niepotrzebne skreślić

***Załącznik nr 6***

**INFORMACJA NA TEMAT EGZAMINU W RAMACH KFS**

1. Nazwa instytucji przeprowadzającej egzamin …………………………………....................................

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

1. Siedziba instytucji przeprowadzającej egzamin: ..……………………………………….......................

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

1. Posiadanie certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego………………..……....

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

1. Nazwa egzaminu…………………………………………………………………..................................

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

1. Podstawa prawna do przeprowadzenia egzaminu…………………..………………….……………….

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

1. Termin egzaminu (dzień-miesiąc-rok): ………………………………………………………………
2. Koszt egzaminu w porównaniu z kosztem podobnych usług oferowanych na rynku, o ile są dostępne: ………………………………………………………………………..…………………………………

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

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

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

1. Termin płatności: nie później jak (dzień-miesiąc-rok): …….………………………………………......

……………………………………. …………………………………….

miejscowość i data Podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby upoważnionej

**Załącznik nr 6a Zakres egzaminu**

**Załącznik nr 6b Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawionego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego**

***Załącznik nr 7***

**……………………….. *pieczęć Pracodawcy***

**INFORMACJA O OSOBACH OBJĘTYCH WNIOSKIEM - UCZESTNIKACH KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | | | **Liczba pracodawców** | | **Liczba pracowników** | |
| **razem** | **kobiety** | **razem** | **kobiety** |
| **Objęci wsparciem kształcenia ustawicznego ogółem** | | |  |  |  |  |
| Według priorytetów | Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w zawodach określonych jako deficytowe na danym terenie tj. w powiecie lub w województwie. | |  |  |  |  |
| Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy. | |  |  |  |  |
| Wsparcie kształcenia ustawicznego pracodawców i ich pracowników zgodnie z potrzebami szkoleniowymi, które pojawiły się na terenach dotkniętych przez powódź we wrześniu 2024 roku. | |  |  |  |  |
| Poprawa zarządzania i komunikacji w firmie w oparciu o zasady przeciwdziałania dyskryminacji i mobbingowi, rozwoju dialogu społecznego, partycypacji pracowniczej i wspierania integracji w miejscu pracy. | |  |  |  |  |
| Promowanie i wspieranie zdrowia psychicznego oraz tworzenie przyjaznych środowisk pracy poprzez m.in. szkolenia z zakresu zarządzania wiekiem, radzenia sobie ze stresem, pozytywnej psychologii, dobrostanu psychicznego oraz budowania zdrowej i różnorodnej kultury organizacyjnej. | |  |  |  |  |
| Wsparcie cudzoziemców, w szczególności w zakresie zdobywania wiedzy na temat polskiego prawa pracy i integracji tych osób na rynku pracy. | |  |  |  |  |
| Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych. | |  |  |  |  |
| Rozwój umiejętności cyfrowych. | |  |  |  |  |
| Wsparcie rozwoju umiejętności związanych z transformacją energetyczną. | |  |  |  |  |
| Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w związku z wprowadzaniem elastycznego czasu pracy z zachowaniem poziomu wynagrodzenia lub rozpowszechnianiem w firmach work-life balance | |  |  |  |  |
| Według rodzajów wsparcia | | kursy |  |  |  |  |
| studia podyplomowe |  |  |  |  |
| egzaminy |  |  |  |  |
| badania lekarskie i/lub psychologiczne |  |  |  |  |
| ubezpieczenie NNW |  |  |  |  |
| Według grup wiekowych | | 15-24 |  |  |  |  |
| 25-34 |  |  |  |  |
| 35-44 |  |  |  |  |
| 45 lat i więcej |  |  |  |  |
| Według poziomu wykształcenia | | gimnazjalne i poniżej |  |  |  |  |
| zasadnicze zawodowe |  |  |  |  |
| średnie ogólnokształcące |  |  |  |  |
| policealne i średnie zawodowe |  |  |  |  |
| wyższe |  |  |  |  |
| Według grup wielkich zawodów i specjalności | | 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 |  |  |  |  |

………………………………………………. ………………………………………………………………………………………. Miejscowość, data Podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania

1. ***Zgodnie z przepisem § 3 ust. 1 pkt 14 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 20 grudnia 2013 roku w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług oraz warunków stosowania tych zwolnień, zwolniono z podatku VAT usługi kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania zawodowego, sfinansowane w co najmniej 70% ze środków publicznych oraz świadczenie usług i dostawę towarów ściśle z tymi usługami związane.***

   **\*** niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)