*Załącznik nr 3 do umowy*

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

/ pieczęć firmowa/ miejscowość, data

Rozliczenie umowy nr *………………….………* z dnia *…………………….*

 o finansowanie działań obejmujących kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy

Powiatowy Urząd Pracy w ………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **ZREALIZOWANE DZIAŁANIA** | **Liczba zrealizowanych działań**  | **Liczba osób objętych działaniem** | **Całkowita kwota wydatków** | **Kwota wnioskowana**  | **Wkład** **własny** |
| 1. | Określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego w związku z ubieganiem się o sfinansowanie tego kształcenia ze środków KFS |  |  |  |  |  |
| 2. | Kursy (nazwa kursu) : |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 3. | Studia podyplomowe (nazwa): |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 4. | Egzaminy umożliwiające uzyskanie dyplomów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych (nazwy egzaminów):  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 5. | Badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 6. | Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **ŁĄCZNA KWOTA WYDATKÓW**: |  |  |  |
| **OŚWIADCZENIA PRACODAWCY:*** Oświadczam, że środki KFS na sfinansowanie kosztów działań na rzecz kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców nie przekroczyły 300% przeciętnego wynagrodzenia w bieżącym roku kalendarzowym na jednego uczestnika.
* Oświadczam, że w okresie od dnia przelania środków do dnia rozliczenia umowy **nie powstały /powstały**\* odsetki na rachunku bankowym w kwocie …………………..zł.

 W przypadku powstania odsetek, podlegają one zwrotowi na rachunek bankowy Powiatowego Urzedu Pracy w Ustrzykach Dolnych: **87 8621 0007 2001 0006 3467 0002***\* niepotrzebne skreslić* |
| **Data i podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej** |  |
| **L. p.** | **WYKAZ PRZEDKŁADANYCH DOKUMENTÓW*(W ZALEŻNOŚCI OD ZREALIZOWANYCH DZIAŁAŃ)*** | **Liczba załączonych dokumentów** |
| 1. | Oryginał do wglądu: polisy ubezpieczeniowej od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem, |  |
| 2. | Oryginały do wglądu: faktur lub innych dokumentów księgowych o równoważnej wartości dowodowej wraz z dowodami uregulowania należności tj. potwierdzenie przelewu  |  |
| 3. | Kopie potwierdzoną za zgodność z oryginałem zaświadczeń lub innych dokumentów potwierdzających ukończenie kształcenia i uzyskanie kwalifikacji przez osoby objęte kształceniem .  |  |
| 4. | Inne *(należy podać jakie)*: |  |

 ………………………………………………………………………………......

 /pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej/