**WNIOSEK PRACODAWCY O PRZYZNANIE ŚRODKÓW REZERWY Z KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO (KFS) NA SFINANSOWANIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO PRACOWNIKÓW I PRACODAWCY   
W 2025 ROKU**

**na podstawie:**

1. Art. 69a i 69b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy –

na podstawie art. 443 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia.

1. Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznania środków

z Krajowego Funduszu Szkoleniowego.

1. **INFORMACJE O WNIOSKODAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY** | |
| 1. **Pełna nazwa pracodawcy:**   (*zgodnie z dokumentem rejestrowym firmy lub innym dokumentem potwierdzającym status pracodawcy)* |  |
| 1. **Dane kontaktowe pracodawcy**: 2. Numer telefonu 3. E-mail |  |
| 1. **Dane kontaktowe osoby wyznaczonej  przez pracodawcę do kontaktów z PUP:**    1. Imię i nazwisko    2. Numer telefonu    3. E-mail |  |
| 1. **Imię i nazwisko osoby upoważnionej  do reprezentowania pracodawcy:**   *(zgodnie z dokumentem rejestrowym lub załączonym do Wniosku Pełnomocnictwem lub innym dokumentem potwierdzającym status pracodawcy)* |  |
| 1. **Adres siedziby pracodawcy:**   (*zgodnie z dokumentem rejestrowym firmy lub innym dokumentem potwierdzającym status pracodawcy)* |  |
| 1. **Miejsce prowadzenia działalności gospodarczej:** |  |
| 1. **Adres korespondencyjny:** |  |
| 1. **Data rozpoczęcia działalności:** |  |
| 1. **NIP:** |  |
| 1. **REGON:** |  |
| 1. **KRS:** |  |
| 1. **Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności:** (*zgodnie z dokumentem rejestrowym lub innym dokumentem potwierdzającym status pracodawcy)* |  |
| 1. **Przeważający rodzaj działalności gospodarczej według PKD 2007 / PKD 2025:** | 🗌🗌.🗌🗌.🗌 |
| 1. **Wielkość przedsiębiorstwa\***   *(zgodnie z Artykułem 2, 4, 5 Załącznika I 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)* | * Mikroprzedsiębiorstwo * Małe przedsiębiorstwo * Średnie przedsiębiorstwo * Inne *(proszę wpisać): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| 1. **Liczba wszystkich pracowników zatrudnionych na dzień złożenia Wniosku:**   *(zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy*  *pracownikiem jest osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy  o pracę lub zatrudniona na podstawie Ustawy-Karta Nauczyciela)* |  |

|  |
| --- |
| **\* Mikroprzedsiębiorstwo** - to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa  nie przekracza 2 milionów euro.  **Małe przedsiębiorstwo** - to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa  nie przekracza 10 milionów euro.  **Średnie przedsiębiorstwo** - to przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 250 pracowników i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów euro.  **Pozostałe** - nie mieszczące się w kategoriach wymienionych powyżej.  **Wyrażone w euro wielkości, o których mowa powyżej, przelicza się na złote według średniego kursu ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski w ostatnim dniu roku obrotowego wybranego do określenia statusu przedsiębiorcy.**  **Średnioroczne** **zatrudnienie** określa się w przeliczeniu na pełne etaty. Przy obliczaniu średniorocznego zatrudnienia nie uwzględnia się pracowników przebywających na urlopach macierzyńskich, urlopach na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopach ojcowskich, urlopach rodzicielskich i urlopach wychowawczych, a także zatrudnionych w celu przygotowania zawodowego.  W przypadku przedsiębiorcy działającego krócej niż rok, jego przewidywany obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych, a także średnioroczne zatrudnienie oszacowuje się na podstawie danych za ostatni okres, udokumentowany przez przedsiębiorcę.  **UWAGA: określając wielkość przedsiębiorcy należy brać pod uwagę stan zatrudnienia i wielkość obrotów zarówno Wnioskodawcy jak również podmiotów z nim powiązanych**. |

1. **WSKAZANIE DZIAŁAŃ OBEJMUJĄCYCH KSZTAŁCENIE USTAWICZNE PRACODAWCY**

**I PRACOWNIKÓW Z UDZIAŁEM ŚRODKÓW REZERWY KFS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | | **Liczba**  **pracodawców** | **Liczba pracowników** | |
| **razem** | **w tym kobiety** |
| **Według**  **form wsparcia**  **w ramach kształcenia ustawicznego** | **Kursy** |  |  |  |
| **Studia podyplomowe** |  |  |  |
| **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. |  |  |  |
| **Określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego** w związku z ubieganiem się o sfinansowanie tego kształcenia ze środków Rezerwy KFS. |  |  |  |
| **Ubezpieczenie od NNW** w związku z podjętym kształceniem ustawicznym. |  |  |  |
| **Według grup**  **wiekowych** | 15-24 lata |  |  |  |
| 25-34 lata |  |  |  |
| 35-44 lata |  |  |  |
| 45 lat i więcej |  |  |  |
| **Według Priorytetów ustalonych przez Radę Rynku Pracy na 2025 rok**  (należy dołączyć załącznik nr 3 do Wniosku dla wybranego Priorytetu) | **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. |  |  |  |
| **Liczba osób ogółem do objęcia ww. formami wsparcia:**  *(jedna osoba powinna być wykazana jeden raz niezależnie od liczby form wsparcia którymi ma zostać objęta)* | |  |  |  |

1. **FORMY WSPARCIA ZAPLANOWANE DO SFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW REZERWY KFS**

*(należy wypełnić zgodnie z załącznikami nr 4 lub 6 do Wniosku, które wypełnia realizator oddzielnie dla każdej formy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Forma kształcenia**   * kurs * studia podyplomowe * egzamin * badania lekarskie * ubezpieczenie NNW * określenie potrzeb pracodawcy | **Nazwa kształcenia** | **Termin realizacji**  (od - do) | **Koszt dla**  **jednej osoby**  **(w zł)** | **Liczba osób objętych** | **Całkowita wysokość wydatków na realizację (w zł)** | **W tym: wnioskowana wysokość środków Rezerwy KFS (w zł)** | **W tym:**  **wysokość wkładu własnego pracodawcy (w zł)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ogółem:** | | | | |  |  |  |  |

**\* Należy dołączyć do Wniosku:**

* Załączniki nr 4 i 5 **(w przypadku kursu)** które wypełnia realizator oddzielnie dla każdego kursu.
* Załącznik nr 4 **(w przypadku studiów podyplomowych)** oddzielnie dla każdego kierunku studiów oraz program studiów sporządzony przez realizatora.
* Załącznik nr 4 **(w przypadku egzaminu)** wraz ze sporządzonym przez realizatora opisem celu i zakresu egzaminu.

Jeżeli koszt egzaminu został uwzględniony w cenie kursu/studiów podyplomowych - nie wypełnia się sekcji: Egzaminy.

* Załącznik nr 6 **(w przypadku badań lekarskich i/lub psychologicznych, określenia potrzeb pracodawcy, ubezpieczenia od NNW)** który wypełnia realizator.

Jeżeli koszt badań/ubezpieczenia od NNW został uwzględniony w cenie kursu/studiów podyplomowych – nie wypełnia się sekcji: badania lekarskie i/lub psychologiczne, ubezpieczenie od NNW.

1. **UZASADNIENIE WYBORU REALIZATORA DZIAŁAŃ OBEJMUJĄCYCH KSZTAŁCENIE USTAWICZNE WYKAZANYCH W CZEŚCI C WNIOSKU**

*(należy wypełnić na podstawie dołączonej do Wniosku oferty wybranego realizatora oraz dwóch kontrofert innych realizatorów tj. załącznika nr 4 lub 6 do Wniosku)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Forma**  (kursy, studia podyplomowe, itd.)  oraz  **nazwa kształcenia ustawicznego** | **Organizator kształcenia**  (nazwa, adres, NIP) | **Porównanie ceny usługi z podobnymi usługami na rynku**  (cena bez VAT, bez kosztów przejazdu, zakwaterowania i wyżywienia) | | | **Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego** |
| **Oferta wybranego realizatora** | **Kontroferty** | |
| 1. |  |  | **Nazwa kształcenia ustawicznego:**  **Liczba godzin zegarowych:**  **Cena jednostkowa:**  **Koszt osobogodziny:** | **NAZWA REALIZATORA 1:**  **Nazwa kształcenia ustawicznego:**  **Liczba godzin zegarowych:**  **Cena jednostkowa:**  **Koszt osobogodziny:** | **NAZWA REALIZATORA 2:**  **Nazwa kształcenia ustawicznego:**  **Liczba godzin zegarowych:**  **Cena jednostkowa:**  **Koszt osobogodziny:** |  |
| 2. |  |  | **Nazwa kształcenia ustawicznego:**  **Liczba godzin zegarowych:**  **Cena jednostkowa:**  **Koszt osobogodziny:** | **NAZWA REALIZATORA 1:**  **Nazwa kształcenia ustawicznego:**  **Liczba godzin zegarowych:**  **Cena jednostkowa:**  **Koszt osobogodziny:** | **NAZWA REALIZATORA 2:**  **Nazwa kształcenia ustawicznego:**  **Liczba godzin zegarowych:**  **Cena jednostkowa:**  **Koszt osobogodziny:** |  |
| 3. |  |  | **Nazwa kształcenia ustawicznego:**  **Liczba godzin zegarowych:**  **Cena jednostkowa:**  **Koszt osobogodziny:** | **NAZWA REALIZATORA 2:**  **Nazwa kształcenia ustawicznego:**  **Liczba godzin zegarowych:**  **Cena jednostkowa:**  **Koszt osobogodziny:** | **NAZWA REALIZATORA 2:**  **Nazwa kształcenia ustawicznego:**  **Liczba godzin zegarowych:**  **Cena jednostkowa:**  **Koszt osobogodziny:** |  |

1. **PODSUMOWANIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Całkowita wartość planowanych działań związanych z kształceniem ustawicznym w złotych:**  *(zgodnie z częścią C Wniosku)* |  |
| Słownie: |  |
| *W tym:*   1. **Wysokość wnioskowanych środków Rezerwy KFS  w złotych:**   *(nie należy uwzględniać kosztów związanych z wyżywieniem, dojazdem i zakwaterowaniem uczestników form wsparcia wykazanych w części C Wniosku)* |  |
| Słownie: |  |
| 1. **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w złotych:**   *(nie należy uwzględniać innych kosztów, które pracodawca ponosi w związku z udziałem pracowników w kształceniu ustawicznym np. kosztów delegacji, w przypadku konieczności dojazdu do miejscowości innej niż miejsce wykonywania pracy, wynagrodzenia za godziny nieobecności w pracy w związku z uczestnictwem w kształceniu ustawicznym)* |  |
| Słownie: |  |

1. **UZASADNIENIE WNIOSKU**

|  |
| --- |
| Należy wykazać:   * **obecne i przyszłe** potrzeby pracodawcy wymagające zastosowania form wsparcia wykazanych w części C Wniosku, * **zgodność i zasadność** z obowiązującymi w 2025 roku Priorytetami wydatkowania środków Rezerwy KFS wskazanymi w części B Wniosku, * **zgodność kompetencji** z potrzebami lokalnego rynku pracy: |
|  |

1. **WYKAZ OSÓB ZAPLANOWANYCH DO OBJĘCIA KSZTAŁCENIEM USTAWICZNYM**

*(w celu uzasadnienia udziału we wskazanej formie wsparcia i tematyce kształcenia ustawicznego należy wypełnić poniższą tabelę zgodnie z częścią C Wniosku)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zajmowane stanowisko** | **Wykształcenie \*** | **Rodzaj zawartej umowy i okres jej obowiązywania**  **(od – do)**  należy podać dokładne daty | **Rodzaj wykonywanych prac \*\*** | **Forma i nazwa wsparcia \*\*\*** | **Uzasadnienie potrzeby udziału**  **w kształceniu ustawicznym**  **z uwzględnieniem**  **wybranego Priorytetu \*\*\*\*** | **Informacja  o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osoby, która ma być objęta kształceniem ustawicznym** |
|  |  |  |  |  |  | **Priorytet nr:**  Uzasadnienie: |  |
|  |  |  |  |  |  | **Priorytet nr:**  Uzasadnienie: |  |
|  |  |  |  |  |  | **Priorytet nr:**  Uzasadnienie: |  |
|  |  |  |  |  |  | **Priorytet nr:**  Uzasadnienie: |  |

\* Poziom wykształcenia należy podać w podziale: gimnazjalne i poniżej, zasadnicze zawodowe, średnie ogólnokształcące, policealne i średnie zawodowe, wyższe.

\*\* Należy wskazać zakres zadań służbowych wykonywanych obecnie na zajmowanym stanowisku.

\*\*\* Należy podać formę i nazwę wsparcia np. Kurs pn. „…” lub Studia podyplomowe z zakresu „…” itp. zgodnie z częścią C Wniosku.

\*\*\*\* Należy wskazać kwalifikacje, uprawnienia zawodowe oraz kompetencje jakie nabędzie uczestnik zaplanowanego kształcenia ustawicznego i sposób ich wykorzystania przy uwzględnieniu specyfiki działalności firmy i planowanego jej rozwoju, a także należy opisać powiązanie zaplanowanych form i tematyki kształcenia ustawicznego z obowiązującymi Priorytetami wykazanymi w części B Wniosku.

**UWAGA:** W przypadku pozytywnego rozpatrzenia Wniosku, pracodawca przed podpisaniem Umowy jest zobowiązany do przedłożenia:

* ponownie wypełnionej części G Wniosku z podaniem danych osobowych (imię, nazwisko i data urodzenia) pracowników zaplanowanych do objęcia kształceniem;
* podpisanych przez pracowników klauzul informacyjnych dot. RODO.

1. **OŚWIADCZENIA PRACODAWCY**

|  |
| --- |
| **Świadomy(a)/mi odpowiedzialności karnej, o której mowa w art. 233 Kodeksu Karnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam/y w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję/my, co następuje:**   1. **Zapoznałem/am się** z art. 69a i 69b Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy – na podstawie art. 443 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia oraz z Rozporządzeniem MPiPS z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego. 2. Przed wypełnieniem Wniosku **zapoznałem/am się** z obowiązującymi w roku 2025 w PUP Katowice Zasadami naboru i rozpatrywania wniosków o sfinansowanie ze środków Rezerwy Krajowego Funduszu Szkoleniowego kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy zamieszczonymi na stronie internetowej www.katowice.praca.gov.pl w ogłoszeniu o naborze wniosków. 3. **Jestem / Nie jestem\***  mikroprzedsiębiorcązgodnie z Artykułem 2, 4, 5 Załącznika I 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. 4. **Zalegam / Nie zalegam\***  w dniu złożenia Wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz  z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych lub innych danin publicznych. W przypadku zalegania z opłacaniem ww.  **posiadam / nie posiadam\***  ugodę/y zawartą/ej  z wierzycielem o warunkach spłaty zadłużenia. 5. **Toczy się / Nie toczy się\*** w dniu złożenia Wniosku w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe  i nie został zgłoszony wniosek o likwidację. 6. **Oświadczam**, że przed złożeniem Wniosku  **zostałem / nie zostałem\***  skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych i  **jestem / nie jestem\***  objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie. 7. **Podlegam stosowaniu / nie podlegam stosowaniu\***  przepisów, o których mowa w 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. 8. **Podlegam stosowaniu / nie podlegam stosowaniu\***  przepisów, o których mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18.12.2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym. 9. **Podlegam stosowaniu / nie podlegam stosowaniu\***  przepisów,o których mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27.06.2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury. 10. **Oświadczam**, że  **ciąży / nie ciąży\***  na mnie obowiązek zwrotu kwoty stanowiącej równowartość udzielonej pomocy publicznej, co do której Komisja Europejska wydała decyzję o obowiązku zwrotu pomocy. 11. **Ubiegam się / nie ubiegam się\*** o przyznanie środków na te same koszty kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy z Krajowego Funduszu Szkoleniowego w innym Powiatowym Urzędzie Pracy. 12. **Oświadczam**, że zaplanowane formy wsparcia w ramach kształcenia ustawicznego będą realizowane przez wykonawcę (jednostkę zewnętrzną), z którym  **jestem / nie jestem\*** powiązany osobowy lub kapitałowo. 13. **Oświadczam**, że **posiadam / nie posiadam\*** bezpośrednich lub pośrednich powiązań z osobami lub podmiotami wpisanymi na listę sankcyjną Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji. Niniejsze oświadczenie składam pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. 14. **Oświadczam**, że wszyscy pracownicy wskazani we Wniosku są zatrudnieni na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę lub ustawy - Karta Nauczyciela i na dzień złożenia Wniosku świadczą pracę tj. nie przebywają na urlopie macierzyńskim, ojcowskim, wychowawczym, zasiłku chorobowym a także nie są osobami współpracującymi. 15. **Mam świadomość**, iż moi pracownicy, których kształcenie ustawiczne finansowane będzie ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego, powinni zachować status pracownika przez cały okres realizacji kształcenia ustawicznego. 16. **Jestem świadomy/a**, że dane osobowe dotyczące mojej osoby / podmiotu w tym imię i nazwisko osoby wskazanej przeze mnie do kontaktu z Powiatowym Urzędem Pracy w Katowicach będą zbierane, przetwarzane, udostępniane i archiwizowane do celów związanych z rozpatrywaniem Wniosku oraz realizacją umowy, o którem mowa w Rozporządzeniu MPiPS z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków  z Krajowego Funduszu Szkoleniowego, zgodnie z Rozporządzeniem 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), a także innych przepisów dotyczących ochrony danych osobowych. 17. **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. 18. **Znam i rozumiem** przepisy wspólnotowe i krajowe dotyczące pomocy publicznej dla przedsiębiorców. 19. W przypadku pozytywnego rozpatrzenia mojego Wniosku **zobowiązuję się** złożyć zaświadczenie lub umowę do rachunku bankowego lub subkonta, które będzie nieoprocentowane i przeznaczone na cele realizacji wydatkowania i rozliczenia przyznanych środków Rezerwy KFS w Powiatowym Urzędzie Pracy w Katowicach nie później niż na dzień przed zawarciem Umowy o sfinansowanie działań obejmujących kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy. 20. **Zobowiązuję się** do niezwłocznego pisemnego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Katowicach o wszelkich zmianach stanu prawnego lub faktycznego wskazanego w złożonym Wniosku. 21. **Oświadczam**, że dane zawarte w niniejszym Wniosku są zgodne z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.   ***\*niepotrzebne skreślić***    …………………………………….  *(data)* ….……………..…………………………………………………………………………………  (podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby uprawnionej  do reprezentowania pracodawcy, a w przypadku braku  imiennej pieczątki należy złożyć czytelny podpis) |

1. **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU STANOWIĄCE JEGO INTEGRALNĄ CZĘŚĆ**

|  |
| --- |
| * **ZAŁĄCZNIK NR 1** - Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc deminimis.   *Załącznik jest wymagany do Wniosku.*   * **ZAŁĄCZNIK NR 2** - Oświadczenie Wnioskodawcy o pomocy de minimis.   *Załącznik jest wymagany do Wniosku.*   * **ZAŁĄCZNIK NR 3** – Oświadczenia Wnioskodawcy o spełnieniu wybranego Priorytetu.   *Załącznik jest wymagany do Wniosku.*   * **ZAŁĄCZNIK NR 4** – Oferta Realizatora, którą wypełnia wybrana jednostka szkoląca, egzaminująca lub organizator studiów podyplomowych w przypadku ubiegania się o sfinansowanie kosztów kursu, egzaminu lub studiów podyplomowych.   *Załącznik jest wymagany w przypadku ubiegania się o sfinansowanie kosztów kursu, studiów podyplomowych lub egzaminu umożliwiającego uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych.*  **Oferta Realizatora powinna być złożona oddzielnie dla każdej formy wsparcia wykazanej w części C Wniosku.**  Do każdej formy należy dołączyć również **dwie kontroferty**, na podstawie których pracodawca dokonał ostatecznego wyboru realizatora.  **Wymagane jest dołączenie przez realizatora do Oferty tj. Załącznika nr 4 następujących dokumentów:**   * kopii certyfikatów jakości kształcenia ustawicznego, potwierdzonych za zgodność z oryginałem, * wzoru dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących.   **Dodatkowo do Wniosku należy dołączyć:**   * w przypadku kursu - dokument, na podstawie którego realizator prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego (o ile ta informacja nie jest dostępna w publicznych rejestrach elektronicznych), * w przypadku egzaminu – opis celu i zakresu tematycznego egzaminu sporządzony przez realizatora kursu, * w przypadku studiów podyplomowych – program studiów podyplom. sporządzony przez realizatora studiów. * **ZAŁĄCZNIK NR 5** – Program kursu, który wypełnia wybrany realizator kursu.   **Program powinien być złożony oddzielnie dla każdej formy wsparcia wskazanej w części C Wniosku.**  *Załącznik jest wymagany w przypadku ubiegania o sfinansowanie kosztów kursu.*   * **ZAŁĄCZNIK NR 6** – Oferta realizatora badań lekarskich i/lub psychologicznych / działań w zakresie określenia potrzeb pracodawcy dotyczących kształcenia ustawicznego / ubezpieczenia od NNW.   **Oferta powinna być złożona oddzielnie dla każdej formy wsparcia wskazanej w części C Wniosku.**  *Załącznik jest wymagany w przypadku ubiegania się o sfinansowanie kosztów badań lekarskich i/lub psychologicznych / działań w zakresie określenia potrzeb pracodawcy dotyczących kształcenia ustawicznego / ubezpieczenia od NNW.*   * **KOPIA DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO OZNACZENIE FORMY PRAWNEJ PROWADZONEJ DZIAŁALNOŚCI**  np. umowa spółki cywilnej wraz z wprowadzonymi do niej zmianami lub statut w przypadku stowarzyszenia, fundacji, czy spółdzielni lub inne dokumenty właściwe np. szkół, Zakładu Aktywności Zawodowej, itp.   *Dokument wymagany do Wniosku w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego (KRS) lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG).*   * **PEŁNOMOCNICTWO DO REPREZENTOWANIA PRACODAWCY (kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem).**   *Wymagane w przypadku gdy Wniosek wypełniany jest przez osobę inną niż wskazana w dokumencie rejestrowym.* |