**….**

Nr wniosku:

**…………………………………………………. ………………………… dnia ………………..2025 r.**

**Nazwa / imię i nazwisko pracodawcy**

**Powiatowy Urząd Pracy w Tarnowie**

**WNIOSEK PRACODAWCY**

**o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

**na finansowanie lub współfinansowanie**

**działań na rzecz kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy**

**Podstawa prawna:**

* art. 69a i 69b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy – w związku z art. 443 ustawy z dnia 20 marca

2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia;

* ustawa z dnia z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej;
* rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego
* rozporządzenie 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;
* rozporządzenie Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu   
  Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym;
* art. 7 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców;
* rozporządzenie Komisji (UE) nr 717/2014 r. z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu   
  Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE WNIOSKODAWCY – PRACODAWCY** | | | | | | |
| **Pełna nazwa podmiotu**  (*zgodnie z dokumentem rejestrowym*) | |  | | | | |
| **Adres siedziby/stałego miejsca prowadzenia działalności gospodarczej**  (miejscowość, kod pocztowy, ulica,  nr budynku i lokalu) | |  | | | | |
| **Miejsce prowadzenia działalności**  (miejscowość, kod pocztowy, ulica,  nr budynku i lokalu) | |  | | | | |
| **Adres korespondencyjny**  (miejscowość, kod pocztowy, ulica,  nr budynku i lokalu) | |  | | | | |
| **Telefon**  **Adres strony www** | |  | | | | |
| **Numer identyfikacyjny REGON** | |  | | | | |
| **Numer identyfikacji podatkowej NIP** | |  | | | | |
| **Numer działalności gospodarczej według PKD**  (przeważający rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej) | |  | | | | |
| **Należę do grupy mikroprzedsiębiorstw lub organizacji niepodlegających Prawu Przedsiębiorców zatrudniających mniej niż 10 osób**  **Mikro przedsiębiorstwa** definiuje się jako przedsiębiorstwa, które:  a) zatrudniają\* mniej niż 10 pracowników, oraz  b) spełniają jeden z następujących warunków:  - roczne obroty nie przekraczają 2 milionów EURO\*\*, lub  - roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EURO\*\*,  \* średniorocznie  \*\* netto  *Zgodnie z załącznikiem nr I* *do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu).* | | | | TAK  NIE | | |
| **Liczba zatrudnionych pracowników**  **w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy**  Pracownikiem jest osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę (art. 2 Kodeksu Pracy) | | | |  | | |
| **POZOSTAŁE INFORMACJE** | | | | | | |
| **Wnioskowana wysokość środków z KFS** | | | |  | | |
| **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę** | | | |  | | |
| **Całkowita wysokość wydatków** | | | |  | | |
| **Numer rachunku bankowego Wnioskodawcy** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | |
| **Łączna liczba osób objętych wsparciem (pracodawca wraz z pracownikami)** | ogółem | | w tym | | | |
| wg grup wiekowych | | ogółem | w tym kobiety |
| 15 – 24 | |  |  |
| 25 - 34 | |  |  |
| 35 - 44 | |  |  |
| 45 i więcej | |  |  |
| **Imię i nazwisko osoby upoważnionej do podpisania umowy / stanowisko** | | | |  | | |
| * 1. **OSOBA UPOWAŻNIONA DO KONTAKTU Z POWIATOWYM URZĘDEM PRACY** | | | | | | |
| **Imię i nazwisko** | | | |  | | |
| **Telefon** | | | |  | | |
| **Fax** | | | |  | | |
| **E-mail** | | | |  | | |
| **PLANOWANY OKRES REALIZACJI DZIAŁAŃ  DOTYCZĄCYCH KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO PRACOWNIKÓW I PRACODAWCY** | | | | | | |
| **Data rozpoczęcia pierwszego z planowanych działań** | | | |  | | |
| **Data zakończenia ostatniego z planowanych działań** | | | |  | | |

Priorytety Rady Rynku Pracy dotyczące wydatkowania środków KFS w roku 2025

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa priorytetu | Wskazanie wnioskowanego priorytetu  (zaznaczyć X) |
| **Priorytet 10** | **Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób po 50 roku życia.** |  |
| **Oświadczam**, że pracownicy wskazani do kształcenia w ramach powyższego priorytetu na dzień złożenia wniosku ukończyli 50 rok życia.  TAK ☐ NIE ☐ | | |
| **Priorytet 11** | **Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności.** |  |
| **Priorytet 12** | **Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób z niskim wykształceniem.**  **UWAGA:** Za osoby z niskim wykształceniem uznaje się osoby, które nie ukończyły szkoły podstawowej, osoby z wykształceniem podstawowym, zasadniczym zawodowym, absolwenci techników bez zdanego egzaminu maturalnego i absolwenci liceów ogólnokształcących bez zdanego egzaminu maturalnego. |  |
| **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.** |  |
| **Oświadczam**, że pracownicy ubiegający się o wsparcie w ramach powyższego Priorytetu, będą się kształcić  w obszarze/branży kluczowej dla rozwoju powiatu/województwa:  ☐ rynek pracy,  ☐ turystyka i rekreacja,  ☐ edukacja i kultura,  ☐ ochrona zdrowia,  ☐ komunikacja elektroniczna,  ☐ ochrona środowiska naturalnego. | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | |
| **INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**  **Uwaga: dla każdej osoby planowanej do objęcia kształceniem ustawicznym należy wypełnić komplet stron od 5 do 6** | | | | | | | |
| **Kandydat nr**  **………………** | | **Pracodawca** | | | | **Pracownik** | |
| **Kobieta** | **Mężczyzna** | | | **Kobieta** | **Mężczyzna** |
|  |  | | |  |  |
| **Dane dotyczące umowy o pracę – dotyczy pracownika** | | | | | **Wykształcenie** | | **Wiek** |
|  | |
| **Okres zatrudnienia**  **od ……………………**  **do……………………..** | **Rodzaj umowy o pracę**  ☐ na czas nieokreślony  ☐ na czas określony | | | | ☐ gimnazjalne i poniżej  ☐ zasadnicze zawodowe  ☐ średnie ogólnokształcące  ☐ policealne i średnie zawodowe  ☐ wyższe | | ☐ 15-24  ☐ 25-34  ☐ 35-44  ☐ 45 i więcej |  | |
|  | |
| **Wymiar etatu (np. 1/1, ½ itp.): ………………………………….** | | | **Zajmowane stanowisko:**  **………………………………………………………...** | | | | |  | |
| **Plany dalszego zatrudnienia w przypadku gdy kształceniem ustawicznym ma być objęty:** | | | | | | | | |  | |
| **Pracownik** | ☐ na czas określony poniżej 6 m-cy  ☐ na czas określony powyżej 6 m-cy  ☐ na czas nieokreślony | | | Jeżeli jest planowana zmiana stanowiska, to na jakie:  ………………………………………………………………… | | | | |
|  | |
|  | |
| **Pracodawca** | należy wskazać plany co do proponowanej działalności gospodarczej firmy w przyszłości: ……………………………………………………………………………...............................................................................  ………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………….... | | | | | | | |  | |
| **Czy osoba planowana  do objęcia kształceniem ustawicznym w ostatnich 3 latach korzystała  z kształcenia ustawicznego z KFS?** | TAK (*jeśli tak, proszę wskazać rok, tematykę oraz wysokość wsparcia.*  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  NIE | | | | | | | |
| **Czy osoba planowana do objęcia kształceniem wykonuje pracę na terenie powiatu tarnowskiego lub miasta Tarnowa?** | | | | | | | | |
| TAK  NIE | | | | | | | | |
| **Wskazanie priorytetu wydatkowania środków KFS** | ☐ Priorytet 10  ☐ Priorytet 11  Czy orzeczenie jest czasowe? ☐ TAK, jeżeli tak to do kiedy? ……………………….………………  ☐ NIE (bezterminowe)  ☐ Priorytet 12  ☐ Priorytet 13 | | | | | | | |
|  | |
| **Uzasadnienie** potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego, przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy w obszarze kształcenia ustawicznego **oraz obowiązujących priorytetów wydatkowania środków KFS**:  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………......................................  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………......................................  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……  ……………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…….  .…………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…….…… | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIAŁAŃ PLANOWANYCH DO REALIZACJI DLA KANDYDATA NR ……**  **(nazwa, rodzaj, koszt)**  **DZIAŁANIE NR 1 – KURS; DZIAŁANIE NR 2 – STUDIA PODYPLOMOWE; DZIAŁANIE NR 3 – EGZAMIN;**  **DZIAŁANIE NR 4 – BADANIA LEKARSKIE I PSYCHOLOGICZNE; DZIAŁANIE NR 5 – UBEZPIECZENIE,**  **(Kandydat wskazany we wniosku o przyznanie środków z KFS może zostać objęty dofinansowaniem maksymalnie w zakresie dwóch działań dotyczących kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców, wyjątek stanowią powiązane ze sobą działania, tj. badania lekarskie, kurs, egzamin).** | | | | |
| **Planowane działania**  **(numer działania oraz nazwa – przykładowo: Działanie nr 1 (kurs) – Obsługa kasy fiskalnej, Działanie nr 3 (egzamin) – Obsługa wózków jezdniowych)** | **Priorytet** | **Koszt ogółem na jedną osobę** | **w tym KFS**  (maksymalna kwota na jednego uczestnika wynosi **7 tys. zł**~~)~~ | **w tym wkład**  **własny pracodawcy** |
| ……………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………… |  |  |  |  |
| …………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………… |  |  |  |  |
| **SUMA** | |  |  |  |

**W przypadku działań, które na podstawie przepisów powszechnie obowiązujących podlegają zwolnieniu   
z podatku VAT należy podać kwotę netto.**

**Dla każdego działania należy wypełnić osobno część wniosku dotyczącą realizatora usługi kształcenia ustawicznego**

**(w przypadku działań nr 1, 2, 3 - str. 6 i 7 wzoru wniosku, a w przypadku działań nr 4 i 5 – str. 8 wzoru wniosku).**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **REALIZATOR USŁUGI KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO FINANSOWANEJ ZE ŚRODKÓW KFS**  **(oddzielnie dla każdego rodzaju działania – dotyczy**  **DZIAŁANIA NR 1 – KURS; DZIAŁANIA NR 2 – STUDIA PODYPLOMOWE; DZIAŁANIA NR 3 – EGZAMIN)** | | | |
| **Nazwa usługi**: ………………………………………………………………………………………………………………………………………..................................................................................................................................................................................... | | | |
| Liczba godzin usługi:  ……………………. | Dotyczy kandydata/ów nr:  …………………..…….. | | |
| Cena usługi w zł:  ……………………………………… | (w tym KFS):  …………………………… | | (wkład własny pracodawcy):  ……………………………….. |
| Nazwa realizatora usługi:  ……………………….………………………………………….………..…………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………..................................... | | | |
| Adres siedziby realizatora usługi lub stałego miejsca wykonywania działalności gospodarczej:  …….……….………..………………………………………………………………..................................................................................................................................................................................................................................... | | | |
| **Miejsce realizacji usługi:**  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………..…… | | | |
| NIP realizatora usługi kształcenia ustawicznego:…………………………………………………………...………………… | | | |
| Dokument uprawniający do prowadzenia pozaszkolnych form kształcenia (**dotyczy wyłącznie kursów i studiów podyplomowych**): | | | |
| NR wpisu do Rejestru Szkół i Placówek Niepublicznych **RSPO** | |  | |
| **CEiDG**  (kod PKD firmy szkoleniowej obejmujący sekcję „EDUKACJA”) | |  | |
| **KRS**  (kod PKD firmy szkoleniowej obejmujący sekcję „EDUKACJA”) | |  | |
| **Inny rejestr**  (np. nr wpisu do Rejestru Instytucji Szkoleniowych RIS) | |  | |
| Realizator usługi posiada **certyfikaty jakości oferowanych usług**:  **(Lista certyfikatów jakości dotycząca wiarygodności standardu świadczonych usług znajduje się na stronie PARP i jest na bieżąco aktualizowana)**  ☐ Znak Jakości Małopolskich Standardów Usług Edukacyjno-Szkoleniowych (MSUES)  ☐ Akredytacja Centrów Egzaminacyjnych ECDL  ☐ Certyfikat ICVC-SURE (Standard Usług Rozwojowych w Edukacji  ☐ Pearson Assured  ☐ Akredytacja EAQUALS  ☐ Inne (jakie?) ……………………………………………………………………………………………………………… | | | |
| Realizator usługi wydaje dokument potwierdzający kompetencje nabyte przez uczestników kształcenia ustawicznego:  ☐ Certyfikat  ☐ Zaświadczenie  ☐ Dyplom  ☐ Świadectwo  ☐ Inne (jakie?) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………  Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników wynika z przepisów powszechnie obowiązujących:  TAK ☐ NIE ☐  w przypadku odpowiedzi TAK należy podać podstawę prawną: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  w przypadku odpowiedzi NIE należy dołączyć do wniosku wzór dokumentu, o którym wyżej mowa (brak załączenia do wniosku tego dokumentu spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia). | | | |
| Cena usługi kształcenia w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku (należy podać ceny innych wykonawców oferujących taką usługę oraz ich nazwę):  ☐ **Oferty są dostępne** ☐ **Oferty nie są dostępne**  Oferta nr 1 ………….…………………………….……liczba godzin……………….….cena…………………………………..  Oferta nr 2 ………….…………………………….……liczba godzin……………….….cena……………………….…………. | | | |
| Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | |
| Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy (należy wskazać zgodność kompetencji nabywanych przez uczestnika kształcenia z potrzebami lokalnego lub regionalnego rynku pracy oraz udowodnić, że umiejętności (kompetencje) nabyte podczas szkolenia uprawdopodobnią utrzymanie zatrudnienia):  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **REALIZATOR USŁUGI KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO FINANSOWANEJ ZE ŚRODKÓW KFS**  **(oddzielnie dla każdego rodzaju działania -  dotyczy DZIAŁANIA NR 4 - BADANIA LEKARSKIE I PSYCHOLOGICZNE ORAZ DZIAŁANIA NR 5 - UBEZPIECZENIE)** | | |
| Nazwa usługi: ………………………………………………………………………………………………………………………………………................................................................................................................................................................................................. | | |
| Nazwa realizatora usługi:  ……………………….………………………………………….………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………................................................ | | |
| Siedziba lub stałe miejsce wykonywania działalności gospodarczej realizatora usługi:  …….……….………..………………………………………………………………................................................................................................................................................................................................................................................. | | |
| NIP realizatora usługi  kształcenia ustawicznego:  ……………………………………. | Dotyczy kandydata/ów nr:  …………………..…….. | |
| Cena usługi w zł:  ……………………………………… | (w tym KFS):  …………………………… | (wkład własny pracodawcy):  ……………………………….. |
|  | | |
| Cena usługi kształcenia w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku (należy podać ceny innych wykonawców oferujących taką usługę oraz ich nazwę):  ☐ **Oferty są dostępne** ☐ **Oferty nie są dostępne**  Oferta nr 1 ………….…………………………………….……liczba godzin……………….….cena…………………………….……..  Oferta nr 2 ………….…………………………………………liczba godzin……………….….cena……………………….………..…. | | |
| Uzasadnienie potrzeby przeprowadzenia badania/ubezpieczenia uczestnika  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………..........................................................................................................................................................................  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………….......................................................................................................................................................................  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………… | | |

**Świadomy odpowiedzialności za podanie nieprawdziwej informacji oświadczam, że dane i oświadczenia zawarte   
w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą i stanem faktycznym na dzień złożenia wniosku.**

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

(Miejscowość, data) (Podpis i pieczątka Pracodawcy lub osoby uprawnionej)

Załączniki:

1. **Zaświadczenia lub oświadczenie o pomocy *de minimis***,w zakresie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 pkt 1  
    i ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publiczne -   
    (Załącznik Nr 1 oświadczenie o pomocy *de minimis*),
2. **Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis**
3. formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis określony rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 30 lipca 2024 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis,
4. formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie określony w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawionych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie,

Odpowiedni formularz (wyłącznie jeden – stosowny do zakresu działalności), wymieniony w lit. a oraz b - **składa wnioskodawca prowadzący działalność gospodarczą w rozumieniu art. 2 pkt 17 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej**, który ubiega się o pomoc de minimis.

1. **Uwierzytelniona kopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności –**w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (np. umowa spółki cywilnej, statut),
2. **Program kształcenia ustawicznego** dla każdej formy kształcenia oddzielnie **lub zakres egzaminu** (w przypadku ubiegani się o sfinansowanie kosztów egzaminu) (wzór stanowi Załącznik Nr 4),
3. **Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawianego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego** (dla każdej formy kształcenia oddzielnie), jeżeli nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących wzór dokumentu powinien zawierać w m. in.: imię i nazwisko osoby objętej dofinansowaniem, nazwę sfinansowanego działania, termin realizacji, liczbę godzin, datę wystawienia dokumentu, nazwę organizatora usługi (instytucji szkoleniowej /egzaminującej), podpis osoby upoważnionej do wystawienia dokumentu,
4. Oświadczenie Wnioskodawcy (Załącznik Nr 6),
5. W przypadku, gdy Wnioskodawcę reprezentuje pełnomocnik, do wniosku musi być załączone pełnomocnictwo (zgodnie   
   z załączonym wzorem (Załącznik Nr 7 lub 7a),
6. Klauzula informacyjna dla Wnioskodawcy będącego osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą lub jego reprezentanta (Załącznik Nr 8),
7. Klauzula informacyjna dla osoby wskazanej do kontaktu przez Wnioskodawcę (Załącznik nr 9).

**W przypadku braku załączników, o których mowa w punkcie od 1 do 5, wniosek pozostaje bez rozpatrzenia.**

**.**