…… (Pieczęć firmowa wnioskodawcy)

…… (miejscowość, data)

STAROSTA MŁAWSKI
ZA POŚREDNICTWEM
POWIATOWEGO URZĘDU
PRACY W MŁAWIE

WNIOSEK O SFINANSOWANIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO PRACOWNIKÓW I PRACODAWCY

na zasadach określonych w art. 69 a i 69 b ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2020 r., poz. 1409 z późn.zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2014 r., poz. 639 ze zm.)

A. DANE PRACODAWCY/WNIOSKODAWCY

1. Pełna nazwa pracodawcy.....

.....

2. Adres siedziby pracodawcy.....

3. Miejsce prowadzenia działalności .....

.....

4. Telefon ..... fax.....

e-mail .....

5. NIP.....REGON .....KRS.....

6. Forma prawna prowadzonej działalności .....

7. Rodzaj przeważającej działalności gospodarczej określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD) .....

8. Wielkość przedsiębiorstwa – zgodnie z Ustawą z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2018r. poz. 646) [1] *:

*właściwe zaznaczyć

[1] *Mikroprzedsiębiorstwo – to przedsiębiorstwo, które w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniało łącznie następujące warunki: zatrudniające do 9 pracowników włącznie i którego roczny obrót i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 milionów EUR.*

Małe przedsiębiorstwo – to przedsiębiorstwo, które w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniało łącznie następujące warunki: zatrudniające do 49 pracowników włącznie i którego roczny obrót i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów EUR.

☐mikro † ☐małe† ☐średnie† ☐inne

9. Liczba pracowników zatrudnionych zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1040, 1043 z późn.zm.) na dzień złożenia wniosku w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w ramach umowy o pracę wynosi…….…….……
osób tj. …….. etat/etatów.

10. Numer konta bankowego Pracodawcy:

.....

11.Osoba / osoby uprawniona do reprezentacji i podpisania wnioskowanej umowy (zgodnie z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem) :

imię i nazwisko..... stanowisko służbowe .....

12. Osoba wyznaczona do kontaktu z Urzędem:

imię i nazwisko .....stanowisko .....

telefon /fax ....., e-mail .....

B. CAŁKOWITA WARTOŚĆ PLANOWANYCH DZIAŁAŃ KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO (NETTO bez VAT)

Całkowita wysokość wydatków, która będzie poniesiona na działania związane z kształceniem ustawicznym: .....zł

słownie: .....

w tym:

a) kwota wnioskowana z KFS[2]: .....zł

słownie: .....

b) kwota wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę: .....zł

słownie: .....

Przy wyliczaniu wkładu własnego pracodawcy <u>nie należy</u> uwzględniać takich kosztów jak: wynagrodzenie za godziny nieobecności w pracy w związku z uczestnictwem w zajęciach, koszty delegacji w przypadku konieczności dojazdu do miejscowości innej niż miejsce szkolenia, koszty dojazdu na miejsce realizacji usługi, koszty zakwaterowania i wyżywienia.

Średnie przedsiębiorstwo – to przedsiębiorstwo, które w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniało łącznie następujące warunki: zatrudniające do 249 pracowników włącznie i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR a/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 milionów EUR.
Inne przedsiębiorstwo – to przedsiębiorstwo, które nie kwalifikuje się do żadnej z ww. kategorii przedsiębiorstw.

[2] Środki KFS mają wspierać pracodawców inwestujących w kształcenie osób pracujących. Ustawowo określono wysokość tego wsparcia: 1) regułą jest, że 80% kosztów kształcenia ustawicznego sfinansuje KFS, pracodawca pokryje 20% kosztów; 2) 100% kosztów kształcenia ustawicznego mogą sfinansować ze środków KFS mikroprzedsiębiorstwa.

Wnioskowane środki KFS będą przeznaczone na finansowanie z uwzględnieniem poniższych priorytetów na rok 2021 (właściwe zaznaczyć X i wpisać liczbę osób):

- 1. wsparcie kształcenia ustawicznego osób zatrudnionych w firmach, które na skutek obostrzeń zapobiegających rozprzestrzenianiu się choroby COVID-19, musiały ograniczyć swoją działalność…… (liczba osób);
- 2. wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników służb medycznych, pracowników służb socjalnych, psychologów, terapeutów, pracowników domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych, prywatnych domów opieki oraz innych placówek dla seniorów/osób chorych/niepełnosprawnych, które bezpośrednio pracują z osobami chorymi na COVID-19 lub osobami z grupy ryzyka ciężkiego przebiegu tej choroby……..(liczba osób);
- 3. wsparcie zawodowego kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych…….(liczba osób);

Osoba/y, która/e będzie/będą korzystała/y z kształcenia ustawicznego w ramach priorytetu nr 3 będzie/będą kształciły się w zawodzie, który został zidentyfikowany, jako zawód deficytowy w powiecie mławskim zgodnie z Barometrem zawodów na 2021 rok (wypełnić jeśli dotyczy)

Betoniarze i zbrojarze	…… liczba osób
Cieśle i stolarze budowlani	…… liczba osób
Cukiernicy	…… liczba osób
Dekarze i blacharze budowlani	…… liczba osób
Elektrycy, elektromechanicy i elektromonterzy	…… liczba osób
Fizjoterapeuci i masażyści	…… liczba osób
Fryzjerzy	…… liczba osób
Inżynierowie elektrycy i energetycy	…… liczba osób
Kierowcy samochodów ciężarowych i ciągników siodłowych	…… liczba osób
Kosmetyczki	…… liczba osób
Lekarze	…… liczba osób
Magazynierzy	…… liczba osób
Masarze i przetwórcy ryb	…… liczba osób
Monterzy instalacji budowlanych	…… liczba osób
Monterzy maszyn i urządzeń	…… liczba osób
Murarze i tynkarze	…… liczba osób
Nauczyciele praktycznej nauki zawodu	…… liczba osób
Nauczyciele przedmiotów zawodowych	…… liczba osób
Operatorzy i mechanicy sprzętu do robót ziemnych	…… liczba osób
Operatorzy maszyn do produkcji wyrobów z gumy i tworzyw sztucznych	…… liczba osób
Operatorzy obrabiarek skrawających	…… liczba osób
Optycy i pracownicy wytwarzający protezy	…… liczba osób
Piekarze	…… liczba osób
Pielęgniarki i położne	…… liczba osób
Pracownicy ds. rachunkowości i księgowości	…… liczba osób
Robotnicy budowlani	…… liczba osób
Robotnicy obróbki drewna i stolarze	…… liczba osób
Samodzielni księgowi	…… liczba osób
Spawacze	…… liczba osób
Specjaliści elektroniki, automatyki i robotyki	…… liczba osób

Ślusarze	…… liczba osób
Technicy mechanicy	…… liczba osób

- 4. wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia……..(liczba osób);
- 5. wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem……..(liczba osób);
- 6. wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych technologii i narzędzi pracy, w tym także technologii i narzędzi cyfrowych……..(liczba osób);
- 7. wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które nie posiadają świadectwa ukończenia szkoły lub świadectwa dojrzałości……..(liczba osób);
- 8. wsparcie realizacji szkoleń dla instruktorów praktycznej nauki zawodu bądź osób mających zamiar podjęcia się tego zajęcia, opiekunów praktyk zawodowych i opiekunów stażu uczniowskiego oraz szkoleń branżowych dla nauczycieli kształcenia zawodowego ……..(liczba osób);

C. RODZAJ WSPARCIA - WYSZCZEGÓLNIENIE

Lp	Nazwa kursu	Liczba osób	Termin realizacji (od ..do..)	Koszt szkolenia dla jednej osoby	Całkowita wysokość wydatków w zł	Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł	Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł
1							

Lp	Kierunek studiów podyplomowych	Liczba osób	Termin realizacji studiów podyplomowych (od..do)	Koszt studiów podyplomowych dla jednej osoby	Całkowita wysokość wydatków w zł	Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł	Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł
1							

Lp	Rodzaj badań lekarskich i/lub psychologicznych wymaganych do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu	Liczba osób	Termin realizacji (od..do)	Koszt dla jednej osoby	Całkowita wysokość wydatków w zł	Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł	Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł
1							

Lp	Rodzaj egzaminu umożliwiającego uzyskanie dokumentów potwierdzających	Liczba osób	Termin przeprowadzenia egzaminu (od..do..)	Koszt egzaminu dla jednej osoby	Całkowita wysokość wydatków w zł	Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł	Wnioskowana wysokość środków z KFS

	nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych						w zł
1							

Lp	Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjęciem kształcenia	Liczba osób	Data ubezpieczenia (od..do..)	Koszt ubezpieczenia od NNW dla jednej osoby	Całkowita wysokość wydatków w zł	Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł	Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł
1							

Uwaga: Pracodawca zobowiązany jest uzupełnić tabelę zgodnie z planowanym rodzajem wsparcia

D. INFORMACJE O UCZESTNIKACH KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO

Wyszczególnienie		**Pracodawca/y**	**Liczba pracowników**	
			razem	**kobiety**
Objęci wsparciem ogółem				
w tym:				
Według rodzajów wsparcia	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			
Według grup wiekowych	15 - 24 lata			
	25 - 34 lata			
	35 - 44 lata			
	45 lat i więcej			
Według wykształcenia	Gimnazjalne i poniżej			
	Zasadnicze zawodowe			
	Średnie ogólnokształcące			
	Policealne i średnie zawodowe			
	Wyższe			
Wykonujący pracę w szczególnych warunkach				
Wykonujący pracę o szczególnym charakterze				
Osoba posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności				

Nazwa stanowiska, na którym zatrudniony jest pracownik: 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.			

E. UZASADNIENIE POTRZEBY ODBYCIA WYBRANEGO KSZTAŁCENIA PRZY UWZGLĘDNIENIU OBECNYCH I PRZYSZŁYCH POTRZEB PRACODAWCY/PRACOWNIKA:

a) Krótki opis obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy w obszarze kształcenia ustawicznego i niezbędnych środków na sfinansowanie tych działań ***(Opisać czym zajmuje się firma, w jakiej branży działa i jakie jest powiązanie z wnioskowanym kształceniem).***

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

b) Zgodność kompetencji nabywanych przez uczestników kształcenia ustawicznego z potrzebami rozwojowymi pracownika i pracodawcy oraz obejmowanym stanowiskiem i pełnionymi obowiązkami służbowymi oraz zgodność z potrzebami rynku pracy ***(Opisać czym zajmuje się w firmie osoba która ma zostać objęta kształceniem, podać zgodność kształcenia z zajmowanym stanowiskiem i obowiązkami oraz w jaki sposób kształcenie przyczyni się do rozwoju osoby po ukończonym kształceniu).***

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

.....
.....

c) Zgodność planowanych działań z określonymi na 2021 rok priorytetami wydatkowania środków KFS (dotyczy priorytetów Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub priorytetów rezerwy Rady Rynku Pracy w zależności od naboru). ***Jeśli zaznaczono w punkcie B priorytet w ramach którego pracodawca wnioskuje o środki – opisać zgodność z tym priorytetem***

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

F. UZASADNIENIE WYBORU REALIZATORA

1.	nazwa i siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego	
2.	nazwa kształcenia ustawicznego /terminy realizacji wsparcia	
3.	liczba godzin kształcenia ustawicznego	
4.	cena usługi kształcenia ustawicznego/koszt przypadający na jednego uczestnika	
5.	liczba osób dedykowanych do objęcia kształceniem	
6.	posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług (podać nazwę dokumentu). Jeśli posiada wpisać jaki, jeśli nie posiada wpisać, że nie posiada.	
7.	Numer NIP, Regon oraz numer KRS (jeśli dotyczy) realizatora usługi kształcenia ustawicznego	
8.	Informacja o porównywalnych ofertach usług: realizator, cena rynkowa (minimum 1 oferta o ile to możliwe):	
Uzasadnienie wyboru danego realizatora		

*** Uwaga: w przypadku kilku realizatorów usług tabelę należy powielać, zgodnie z liczbą realizatorów.**

G. Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osób, które będą objęte kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS ***(proszę określić czas trwania umów o pracę z pracownikami; w przypadku umów na czas określony- informacja o możliwości przedłużenia tych umów. Jeśli kształcenie dotyczy pracodawcy, opisać krótko plany zatrudnieniowe.***

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

…… ……

(miejscowość, data) (pieczątka i podpis Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania Wnioskodawcy)

ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU

1. Oświadczenie wnioskodawcy - Załącznik nr 1.
2. Oświadczenie wnioskodawcy o otrzymanej pomocy de minimis, pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie - Załącznik nr 2.
3. Wykaz uczestników, które mają zostać objęte działaniami finansowanymi z udziałem środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego – Załącznik nr 3
4. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis - Załącznik nr 4- stanowi:
   - załącznik nr 1 do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 października 2014r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2014 r. poz. 1543) w przypadku gdy podmiot ubiega się o pomoc de minimis w sektorze innym niż rolnictwo i rybołówstwo
   lub
   - załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz. U. nr 121, poz. 810) w przypadku gdy podmiot ubiega się o pomoc de minimis w sektorze rolnictwa lub rybołówstwa.
5. Kopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności (np. uchwała, statut, wpis do ewidencji działalności gospodarczej – wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub rejestru sądowego, umowa spółki lub inne).
6. Program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu.
7. Pełnomocnictwo do reprezentowania Pracodawcy – pełnomocnictwo nie jest wymagane, jeżeli upoważnienie osoby podpisującej wniosek wynika z aktu założycielskiego spółki lub przepisu.
8. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawiony przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących,

Urząd może zażądać innych dokumentów i informacji umożliwiających rozpatrzenie wniosku

……. .....
(pieczęć firmowa wnioskodawcy) *(miejscowość i data)*

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o którym mowa w art. 233 § 1 Kodeksu karnego, oświadczam w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję, co następuje:

1. **……..** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom (Wpisać: **Zalegam / Nie zalegam)**
   oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
2. **……..** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych; (Wpisać: **Zalegam/ Nie zalegam)**
3. **……..** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań (**Posiadam / Nie posiadam)**
   cywilnoprawnych;
4. **……**rozporządzenia MPiPS z dnia 19 maja 2014r. w sprawie przyznawania (Wpisać: **Spełniam warunki / Nie spełniam warunków)**
   środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz.U. z 2018 r. poz.117);
5. **……..…..,** o których mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1407/2013 z (Wpisać: **Spełniam warunki / Nie spełniam warunków)**
   dnia 18.12.2013r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013r.)*
6. **……..**, o których mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1408/2013 **(**Wpisać: **Spełniam warunki / Nie spełniam warunków)**
7. z dnia 18.12.2013r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013r.)*;
8. Oświadczam, że **……** zobowiązany/a do zwrotu kwoty stanowiącej **(**Wpisać: **jestem /nie jestem)**
   równowartość udzielonej pomocy publicznej, co do której Komisja Europejska wydała decyzję o obowiązku zwrotu pomocy;
9. **Forma kształcenia, o którą wnioskuję nie rozpoczęła się i nie została już zakończona.**
10. Oświadczam, że wsparcie przypadające na jednego pracownika nie przekracza 300 % przeciętnego wynagrodzenia zgodnie z Art 69 B pkt. 1 Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
11. 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.
12. **Jestem pracodawcą w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks Pracy (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1040, 1043).**
13. Oświadczam, że osoba/y, która/e będzie/będą korzystała/y z kształcenia ustawicznego, zatrudniona/e jest/są na podstawie umowy o pracę. WW. osoby nie przebywają na urlopie macierzyńskim/ojcowskim/wychowawczym. Ponadto oświadczam, że w przypadku zatrudnienia pracowników na czas określony czas trwania umowy nie jest krótszy niż termin zakończenia wskazanego szkolenia.
14. Oświadczam, ze zapoznałam/em się z kryteriami i zasadami rozpatrywania wniosków o dofinansowanie kształcenia ustawicznego w ramach KFS

15. Oświadczam, że planowane działania kształcenia ustawicznego powierzone zostaną do realizacji podmiotowi, z którym nie jestem powiązana/y osobowo lub kapitałowo.
16. **Oświadczam, iż zapoznałem się z klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych, znajdującą się na stronie internetowej https://mlawa.praca.gov.pl w zakładce: „Urząd" → „Ochrona danych osobowych" lub pod adresem https://mlawa.praca.gov.pl/urzad/ochrona-danych-osobowych.**

    Jednocześnie oświadczam, iż osoby wymieniowe we wniosku inne niż Wnioskodawca również zapoznały się z w/w klauzulą informacyjną.

……

(data, podpis i pieczęć Wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Wnioskodawcy)

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS, POMOCY DE MINIMIS W ROLNICTWIE LUB RYBOŁÓWSTWIE

Imię i nazwisko/nazwa firmy ……..

Adres siedziby……

NIP …….

Oświadczam, iż w okresie bieżącego roku kalendarzowego oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych:

- otrzymałem / nie otrzymałem* pomocy *de minimis*,

- otrzymałem / nie otrzymałem* pomocy *de minimis* przyznaną przedsiębiorstwom wykonującym usługi świadczone w ogólnym interesie gospodarczym

- otrzymałem/ nie otrzymałem* pomocy *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie,

W przypadku otrzymania pomocy publicznej de minimis należy wypełnić poniższą tabelę**

L.p.	Podmiot udzielający pomocy	Podstawa prawna otrzymanej pomocy	Data udzielenia pomocy (dzień, miesiąc, rok)	Przeznaczenie pomocy	Wartość pomocy w euro
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
				Razem	

Prawdziwość oświadczenia stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności przewidzianej w art. 233 § 1 k.k., : *„Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”*

…… **……..**

/miejscowość, data/ **/czytelny podpis wnioskodawcy/**

***** niepotrzebne skreślić

****** wszelkie informacje zawarte w tabeli powinny być zgodne z Zaświadczeniami o udzielonej pomocy *de minimis*, jakie Wnioskodawca otrzymał od instytucji udzielających mu pomocy *de minimis* w okresie bieżącego roku kalendarzowego oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych

(dane do sprawdzenia na stronie: www.sudop.uokik.gov.pl)

Załącznik nr 3

Wykaz osób, które mają zostać objęte działaniami finansowymi z udziałem środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego

Lp.	NAZWA ZAWODU/ STANOWISKA NA KTÓRYM PRACUJE OSOBA OBJĘTA KSZTAŁCENIEM	Płeć K/M	Poziom wykształcenia	Grupa wiekowa				Praca w szczególnych warunkach TAK/NIE	Praca o szczególnym charakterze TAK/NIE	Osoba posiada orzeczenie o niepełnosprawności TAK/NIE	Osoba posiada świadectwo dojrzałości TAK/NIE
				15-24	25-34	35-44	45 lat i więcej				
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											

.....

/data, podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby

uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy