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

(Pieczęć firmowa wnioskodawcy)

**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 2017 r., poz. 1065 ze 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/CEIDG..................................

6. Forma prawna prowadzonej działalności ..............................................................................

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

8. Wielkość przedsiębiorstwa – zgodnie z Ustawą o swobodzie działalności gospodarczej  
 z dnia 2 lipca 2004r. (Dz. U. z 2016r. poz. 1829 z późn. zm.) [[1]](#footnote-1) \*:

□mikro ⁯ □małe ⁯ □średnie ⁯ □inne

9. Liczba pracowników zatrudnionych zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy (Dz.U. z 2015 r. Poz. 1502, ze zm) na dzień złożenia wniosku ..........................

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**

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

słownie: ………………………………...............................................................................

w tym:

1. kwota wnioskowana z KFS[[2]](#footnote-2): …....................................zł

słownie: ..………………………………………………………...........................................

1. kwota wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę: …..........................................zł

słownie: ..……………………………………………………………………………………..

Przy wyliczaniu wkładu własnego pracodawcy nie należy 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.

Wnioskowane środki KFS będą przeznaczone na finansowanie z uwzględnieniem poniższych priorytetów na rok 2018 (właściwe zaznaczyć):

* wsparcie zawodowego kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych,
* wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych technologii i narzędzi pracy,
* wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które mogą udokumentować wykonanie przez co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, a którym nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej.

**wydatkowanie rezerwy - priorytety na rok 2018:**

* wsparcie zawodowe kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych;
* wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia.

**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 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **-** | **-** | **-** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **-** | **-** | **-** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych | 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  w zł |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |

**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:**

1. Krótki opis obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy w obszarze kształcenia ustawicznego   
   i niezbędnych środków na sfinansowanie tych działań.

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

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

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

1. 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

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

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

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

1. Zgodność planowanych działań z określonymi na 2018 rok priorytetami wydatkowania środków KFS (dotyczy priorytetów Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej lub priorytetów rezerwy Rady Rynku Pracy w zależności od naboru)

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

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

**F. UZASADNIENIE WYBORU REALIZATORA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | nazwa i siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego |  |
|  | nazwa kształcenia ustawicznego  /terminy realizacji wsparcia |  |
|  | liczba godzin kształcenia ustawicznego |  |
|  | cena usługi kształcenia ustawicznego/koszt przypadający na jednego uczestnika |  |
|  | liczba osób dedykowanych do objęcia kształceniem |  |
|  | posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług (podać nazwę dokumentu) |  |
|  | Numer Regon oraz numer KRS bądź CEIDG realizatora usługi kształcenia ustawicznego |  |
|  | 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):***

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

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

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

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

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

………………………………… …………………………………………

(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. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis  
   - Załącznik nr 3- 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.

1. Kopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności - w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
2. Program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu.
3. Pełnomocnictwo do reprezentowania Pracodawcy – pełnomocnictwo nie jest

wymagane, jeżeli upoważnienie osoby podpisującej wniosek wynika z aktu

założycielskiego spółki lub przepisu.

1. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników,

wystawiony przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on

z przepisów powszechnie obowiązujących.

Załącznik nr 1

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

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

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

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

1. 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;
2. Zalegam\* / Nie zalegam\* w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;
3. Posiadam\* / Nie posiadam\* w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
4. Spełniam warunki\* / Nie spełniam warunków\* rozporządzenia MPiPS z dnia 19 maja 2014r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. poz. 639);
5. Spełniam warunki\* / Nie spełniam warunków\*, o których mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1407/2013 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.)\*
6. Spełniam warunki\* / Nie spełniam warunków\*, o których mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1408/2013 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.)\*;
7. Oświadczam, że jestem /nie jestem\* zobowiązany/a do zwrotu kwoty stanowiącej równowartość udzielonej pomocy publicznej, co do której Komisja Europejska wydała decyzję o obowiązku zwrotu pomocy\*;
8. Forma kształcenia, o którą wnioskuję nie rozpoczęła się i nie została już zakończona.

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.

1. **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.**
2. **Jestem pracodawcą w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks Pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502 z późn. zm.).**

**KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Na podstawie art. 13 ust.1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.Urz.UE.L.2016.119.1, dalej RODO),) Powiatowy Urząd Pracy w Mławie (PUP) informuje:

1) Administratorem danych osobowych przetwarzanych w PUP jest:

Powiatowy Urząd Pracy w Mławie, ul. Wyspiańskiego 7 06-500 Mława;

2) Kontakt do Inspektora Ochrony Danych osobowych w Powiatowym Urzędzie Pracy jest:

e-mail: iod@pup.mlawa.pl, tel. 23/654-34-01;

3) Administrator danych osobowych – Powiatowy Urząd Pracy w Mławie - przetwarza Państwa dane osobowe na podstawie Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U.2017 poz.1065 ze zm.) oraz przepisów wykonawczych.

4) Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań wynikających z przepisów ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku Pracy.

5) W związku z przetwarzaniem danych w celach o których mowa w pkt. 4 odbiorcą Państwa danych osobowych będą pracownicy Powiatowego Urzędu Pracy w Mławie oraz podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa.

6) Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania wskazanych w pkt. 4. Lecz nie krócej niż okres wskazany w przepisach o archiwizacji.

7) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia ich przetwarzania i przenoszenia, a także prawo do wniesienia sprzeciwu, oraz inne uprawnienia w tym zakresie wynikające z obowiązujących przepisów prawa,

8) W przypadku gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie art. 6 ust. 1 lit a,

Rozporządzenia czyli zgody na przetwarzanie danych osobowych, przysługuje Państwu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z obowiązującym prawem.

9) W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu danych osobowych w

Powiatowym Urzędzie Pracy w Mławie przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych.

10) Podanie przez Państwa danych osobowych jest wymogiem ustawowym,

11) Państwa dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i będą profilowane.

12) W przypadku danych osobowych pracowników wskazanych przez Wnioskodawcę do objęcia kształceniem ustawicznym na dalszych etapach ewentualnej realizacji procedury, administratorem tych danych jest Wnioskodawca, tj. Pracodawca.

13) Administrator (Pracodawca) oświadcza, że spełnił obowiązek informacyjny o przetwarzaniu danych osobowych wobec swoich pracowników oraz posiada wszelkie niezbędne w tym celu zgody, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Znam i rozumiem przepisy wspólnotowe i krajowe dotyczące pomocy publicznej dla przedsiębiorców. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Urzędu Pracy jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.

*\* niepotrzebne skreślić*

*…………………………………………………………..…*

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

Załącznik nr 2

**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*,

**-** w okresie bieżącego roku kalendarzowego oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych **otrzymałem / nie otrzymałem\*** pomocy *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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.** |  |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |  |
|  | | | | **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 do lat 3”***

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

**/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).**

1. \*właściwe zaznaczyć

   *1Mikroprzedsiębiorstwo – to przedsiębiorstwo zatrudniające do 9 pracowników włącznie i którego roczny obrót i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 milionów EUR.*

   *Małe przedsiębiorstwo – to przedsiębiorstwo zatrudniające do 49 pracowników włącznie i którego roczny obrót i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów EUR.*

   *Średnie przedsiębiorstwo – to przedsiębiorstwo 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. [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)