

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

 (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 2016 r., poz. 645 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 ................................................... strona www ….........................................................

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

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 na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę zg. 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 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 kształcenie ustawicznego w **zidentyfikowanych w danych 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 wykonywanie przez co najmniej **15 lat prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze**, a którym nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej.

**C. RODZAJ WSPARCIA - WYSZCZEGÓLNIENIE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | **Nazwa kursu** | Liczba osób | Termin realizacji(od ..do..) | Koszt szkolenia dla jednej osoby | Całkowita wysokość wydatkóww zł | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł | Wnioskowana wysokość środków z KFSw 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 KFSw zł |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** | **-** | **-** | **-** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Rodzaj badań lekarskich i/lubpsychologicznych 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 KFSw 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 KFSw 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 KFSw zł |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |

**Uwaga: Pracodawca zobowiązany jest uzupełnić tabelę zgodnie z planowanym rodzajem wsparcia, w przypadku innych niezaplanowanych działań tabelę należy usunąć.**

**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  |  |  |  |
| Zawód wykonywany\* |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Wykonujący pracę w szczególnych warunkach oraz pracę o szczególnym charakterze |  |  |  |

\*Należy wypisać zawody wykonywane przez uczestników szkolenia (zgodnie z umową o pracę).

Uwaga: w przypadku większej liczby zawodów należy powielić liczbę wierszy zgodnie z liczbą zawodów.

**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, nazwa usługi, 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:**

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

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

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

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

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

*Oświadczam, że wzór wniosku nie został zmodyfikowany, z wyjątkiem miejsc gdzie jest to wyraźnie dopuszczone.*

………………………………… …………………………………………

(miejscowość, data)(pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

do reprezentowania pracodawcy)

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

1. Oświadczenie wnioskodawcy - **Załącznik nr 1**.
2. Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis - **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. Wydruk wpisu z Krajowego Rejestru Sądowego (KRS) lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) albo kserokopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności w przypadku braku wpisu do KRS lub CEIDG *(np. umowa spółki cywilnej wraz z ewentualnymi wprowadzonymi do niej zmianami lub statut w przypadku stowarzyszenia, fundacji czy spóldzielni lub inne dokumnety właściwe* - **załącznik 4**.
2. Program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu - **załącznik 5**.
3. Kopia certyfikatu jakości wybranego realizatora usług - **załącznik 6**.
4. Pełnomocnictwo do reprezentowania Pracodawcy – pełnomocnictwo nie jest wymagane, jeżeli upoważnienie osoby podpisującej wniosek wynika z aktu założycielskiego spółki lub przepisu **- załącznik nr 7**.
5. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawiony przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika z przepisów powszechnie obowiązujących - **załącznik nr 8**.

***Załączniki należy przedkładać w formie oryginałów lub kopii potwierdzonej za „zgodność z oryginałem”.***

***Uwaga! Brak załączników wymaganych*** *w rozporządzeniu MPRiPS w sprawie przyznawania środków z KFS z dnia 14 maja 2014 r.* ***powoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.***

***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 *w sektorze rolnym* (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013r.)\*;
7. Spełniam warunki/nie spełniam warunków\*, o których mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27.06.2014 r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis *w sektorze rybołówstwa i akwakultury* (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013 r.);
8. 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\*;
9. Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu przez Urząd Pracy dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o której mowa w rozporządzeniu MPiPS z dnia 19 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. poz. 639), zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r., poz. 1182 ze zm.);
10. 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.).**

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.

*……………………………………………………………..…*

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

 *\* niepotrzebne skreślić*

***Załącznik nr 2***

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1 Kodeksu karnego który stanowi:**

***„Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8 ”***

**oświadczam, że w ciągu bieżącego roku oraz 2 lat poprzedzających go lat**

* otrzymałem środki stanowiące pomoc de minimis\*
* nie otrzymałem środków stanowiących pomoc de minimis\*

W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Organ udzielający pomocy** | **Podstawa prawna** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Wartość pomocy w euro** | **Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| **Łącznie** |  |  |

Oświadczam, że otrzymałem inną pomoc publiczną\* / nie otrzymałem innej pomocy publicznej\* w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis.

*W przypadku otrzymania innej pomocy publicznej należy wypełnić formularz informacji
o pomocy publicznej dla podmiotów ubiegających się o pomoc inną niż pomoc de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.*

*\* niepotrzebne skreślić*

*……………………………………………………………..……*

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

***Załącznik nr 3***

****

****

****

****

****

****

****

**FORMULARZ INFORMACJI PRZEDSTAWIANYCH PRZEZ WNIOSKODAWCĘ**

***(dla podmiotów ubiegających się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie)***

1. Imię i nazwisko albo firma wnioskodawcy:

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

1. Miejsce zamieszkania i adres albo siedziba i adres wnioskodawcy:

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

1. Rodzaj prowadzonej działalności, w związku z którą ubiega się o pomoc:

  działalność w rolnictwie

  działalność w rybołówstwie

1. Informacja o otrzymanej pomocy publicznej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na których pokrycie ma być udzielona pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Dzień udzielenia pomocy 1) | Podstawa prawna 2) | Wartość pomocy 3) | Forma pomocy 4) | Przeznaczenie pomocy 5) |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |

Objaśnienia:

1) *Dzień udzielenia pomocy* – podać dzień udzielenia pomocy wynikający z decyzji lub umowy.

2) *Podstawa prawna* – podać tytuł aktu prawnego stanowiącego podstawę do udzielenia pomocy.

3) *Wartość pomocy* – podać wartość pomocy jako ekwiwalent dotacji brutto określony w decyzji lub umowie.

4) *Forma pomocy* – wpisać formę otrzymanej pomocy, tj. dotacja, dopłaty do oprocentowania kredytów, zwolnienie lub umorzenie z podatku lub opłat, refundacje w całości lub w części, lub inne.

5) *Przeznaczenie pomocy* – wskazać, czy koszty, które zostały objęte pomocą, dotyczą inwestycji w gospodarstwie rolnym lub w rybołówstwie czy działalności bieżącej.

*Dane osoby upoważnionej do podpisania informacji:*

.............................................................. .............................................................. */imię i nazwisko/ /data podpis/*

***Załącznik nr 5***

……………….…………………………. …………..……………………

 *(pieczęć instytucji szkolącej / egzaminującej) (miejscowość i data)*

|  |
| --- |
| **Program kształcenia ustawicznego****lub zakres egzaminu wnioskowanego kształcenia ustawicznego** |
| **Dane realizatora usługi kształcenia** |
| **Nazwa i adres instytucji szkolącej / egzaminującej** |
|   |
| **Nazwa kursu / egzaminu** |
|   |
| **Termin realizacji kursu / egzaminu** | **Liczba godzin kursu /ogółem/**, *w tym liczba godzin teoretycznych oraz praktycznych*  |
|   |  |
| **Sposób organizacji szkolenia** | **Liczba uczestników szkolenia** |
|   |  |
| **Wymagania wstępne dla kandydatów** |
|   |
| **Nabyte kwalifikacje/ rodzaj uprawnień** /**nazwa dokumentu wydawanego po ukończeniu kursu / zdaniu egzaminu** |
|  |
| **Całkowita cena kursu / egzaminu dla wnioskującego pracodawcy** | **Cena kursu / egzaminu na jednego uczestnika** |
|   |  |
| **Miejsce prowadzenia zajęć teoretycznych i praktycznych** |
|  |
| **Certyfikat jakości oferowanych usług** /nazwa dokumentu/ |
|  |
| **Program** |
| **Cel kursu / egzaminu** |
|  |
| **Program kursu / zakres egzaminu** |
|  |

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

 /pieczątka i podpis osoby reprezentującej instytucję szkolącą /

 egzaminującej/

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)