Wysokie Mazowieckie, ……………………..

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

 (pieczątka pracodawcy)

 **Powiatowy Urząd Pracy**

 **ul. 1 Maja 8**

 **18-200 Wysokie Mazowieckie**

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego**

**pracowników i pracodawców ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

**w ramach obowiązujących priorytetów na rok 2024**

na zasadach określonych w art. 69a i 69b ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U.
z 2024 r., poz. 475 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 2018 r., poz. 117)

**INFORMACJA:**

* + - 1. *Wniosek* należy wypełnić czytelnie **– komputerowo, maszynowo lub wyraźnym (np. drukowanym) pismem.**
			2. Na wszystkie zawarte we *Wniosku* pytania należy udzielić starannej, precyzyjnej odpowiedzi - będą one podstawą jego oceny.
			3. Sam fakt złożenia *Wniosku* nie gwarantuje otrzymania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego.
			4. *Wniosek* bez wymaganych załączników pozostanie bez rozpatrzenia.

**A. DANE PRACODAWCY**

1. Pełna nazwa pracodawcy ...................................................................................................................................

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

1. Adres pracodawcy
	1. siedziby ......................................................................................................................................................
	2. miejsce prowadzenia działalności gospodarczej .......................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………

* 1. adres korespondencyjny ……………………………………………………………………………..…..

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

1. REGON ............................................. NIP ...........................................................
2. Oznaczenie przeważającego rodzaju prowadzonej działalności gospodarczej według PKD (przeważające):

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

1. Numer rachunku bankowego Pracodawcy, na które mają zostać przekazane

środki KFS ……………………………………………………………………………………………….……

1. Liczba zatrudnionych pracowników w dniu złożenia wniosku .........................................................................

***Uwaga:***

*Pracownik - oznacza osobę fizyczną zatrudnioną na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę. Pracownikiem jest tylko osoba wykonująca pracę w ramach stosunku pracy. Nie jest pracownikiem osoba, która wykonuje pracę w ramach przepisów prawa cywilnego, np. na podstawie umowy zlecenia, umowy o dzieło czy też innych rodzajów umów cywilnoprawnych.*

1. Osoba/osoby uprawniona/e do reprezentacji i podpisania wnioskowanej umowy (zgodnie
z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem)
	1. imię i nazwisko.......................................................... stanowisko służbowe .............................................
	2. imię i nazwisko ......................................…………... stanowisko służbowe .............................................
2. Osoba ze strony pracodawcy wyznaczona do kontaktu z Urzędem:

imię i nazwisko ……………………................................. stanowisko .............................................................

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

**B. INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIAŁAŃ DO SFINANSOWANIA Z UDZIAŁEM KRAJOWEGO**

 **FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO**

1. Termin realizacji wsparcia …............................................
2. Informacje o uczestnikach kształcenia ustawicznego

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Liczba pracodawców** | **Liczba pracowników** |
| **Razem** | **w tym kobiet** | **razem** | **w tym kobiet** |
| Objęci wsparciem ogółem |  |  |  |  |
| Według rodzaju wsparcia | Kursy |  |  |  |  |
| studia podyplomowe |  |  |  |  |
| egzaminy |  |  |  |  |
| badania lekarskie i/lub psychologiczne |  |  |  |  |
| ubezpieczenie NNW |  |  |  |  |
| Według grup wiekowych | 15-24 |  |  |  |  |
| 25-34 |  |  |  |  |
| 35-44 |  |  |  |  |
| 45 lat i więcej |  |  |  |  |
| Według poziomu wykształcenia | gimnazjalne i poniżej |  |  |  |  |
| zasadnicze zawodowe |  |  |  |  |
| średnie ogólnokształcące |  |  |  |  |
| policealne i średnie zawodowe |  |  |  |  |
| wyższe |  |  |  |  |
| Według wykonywanych zawodów | Siły zbrojne |  |  |  |  |
| Przedstawiciele władz publicznych, wyżsi urzędnicy i kierownicy |  |  |  |  |
| Specjaliści |  |  |  |  |
| Technicy i inny średni personel |  |  |  |  |
| Pracownicy biurowi |  |  |  |  |
| Pracownicy usług i sprzedawcy |  |  |  |  |
| Rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy |  |  |  |  |
| Robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy |  |  |  |  |
| Operatorzy i monterzy maszyn i urządzeń |  |  |  |  |
| Pracownicy wykonujący prace proste |  |  |  |  |

**C. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYDATKÓW NA KSZTAŁCENIE USTAWICZNE
 NA POSZCZ EGÓLNYCH PRACOWNIKÓW I PRACODAWCÓW**

Całkowita wysokość wydatków w zł, razem …............................................................., w tym:

1. kwota wnioskowana z KFS razem …...................................................................................
2. kwota wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę razem ….....................................

***Szczegółowe informacje dotyczące wydatków zostały określone w załączniku nr 1 do wniosku
o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy ze środków KFS.***

**Uwaga:**

wysokość wsparcia:

- **80% kosztów kształcenia ustawicznego sfinansuje KFS**, nie więcej jednak niż do wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika, pracodawca pokryje 20% kosztów;

**- 100% kosztów kształcenia ustawicznego** – jeśli należy do grupy mikroprzedsiębiorców, nie więcej jednak niż
do wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika.

Mikroprzedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo, które w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych zatrudnia średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nie przekraczający równowartości w złotych 2 mln euro lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych 2 lat nie przekraczyły równowartości w złotych 2 mln euro, (art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców).

wkład własny:

**nie należy do wkładu własnego pracodawcy** uwzględniać innych kosztów, które pracodawca ponosi w związku z udziałem pracowników w kształceniu ustawicznym, np. wynagrodzenia za godziny nieobecności w pracy w związku z uczestnictwem w zajęciach, kosztów delegacji w przypadku konieczności dojazdu do miejscowości innej niż miejsce pracy, itp.

**D. UZASADNIENIE WNIOSKU** (szczegółowe uzasadnienie potrzeb stanowi załącznik nr 2 do wniosku)

**PRIORYTETY Rady Rynku Pracy wydatkowania środków rezerwy KFS**

 *(proszę zaznaczyć, którym priorytetem kieruje się Pracodawca wnioskując o środki KFS)*

**Wyjaśnienia do poszczególnych priorytetów znajdują się w Komentarzu do stosowania priorytetów wydatkowania KFS w 2024 roku oraz w Zasadach przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego w Powiatowym Urzędzie Pracy w Wysokiem Mazowieckiem w 2024 roku.**

* **A. Wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników Centrów Integracji Społecznej, Klubów Integracji Społecznej, Warsztatów Terapii Zajęciowej, Zakładów Aktywności Zawodowej, członków lub pracowników spółdzielni socjalnych oraz pracowników zatrudnionych
w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego wskazanych
na liście/rejestrze przedsiębiorstw społecznych prowadzonym przez MRPiPS;**
* **B. Wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności;**
* **C. 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;**
* **D. Wsparcie kształcenia ustawicznego w obszarach/branżach kluczowych dla rozwoju powiatu/województwa wskazanych w dokumentach strategicznych/planach rozwoju.**

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 ustawy
z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny oświadczam że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne
z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

 ……………........................................................... (data, podpis i pieczątka osoby uprawnionej do reprezentacji
 i składnia oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym)

**E. OŚWIADCZENIA PRACODAWCY:**

 ***(\*\* pkt 4, 6 - dotyczy podmiotów podlegających przepisom o pomocy publicznej)***

**Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233[[1]](#footnote-1)1ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu karnego, oświadczam w imieniu pracodawcy, którego reprezentuję,
że pracodawca:**

1. ☐ **zatrudnia /** ☐ **nie zatrudnia** co najmniej jednego pracownika (zatrudnienie oznacza wykonywanie pracy
na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego oraz umowy o pracę nakładczą),
2. ☐ **ubiega się /** ☐ **nie ubiega się** o środki na kształcenie ustawiczne ☐ **pracowników i/**☐ **lub pracodawców** objętych niniejszym wnioskiem w innym powiatowym urzędzie pracy,
3. ☐ **jest /** ☐ **nie jest** mikroprzedsiębiorcą w rozumieniu art. 1 załącznika I do Rozporządzenia Komisji (WE) NR 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r.,
4. ☐ **jest /** ☐ **nie jest** beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r.
o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej,
5. ☐ **otrzymał /** ☐ **nie otrzymał** w okresie ostatnich trzech lat przed złożeniem wniosku pomoc de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub pomoc de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury
w wysokości ........................zł/….............…... euro \*\*,

Uwaga: okres trzech lat należy oceniać w sposób ciągły, tj. w okresie minionych trzech lat (3 razy 365 dni).

1. **zna treść określoną w:**
2. ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tj. Dz. U. z 2024 r., poz. 475 z póżn. zm.) i rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018 r., poz. 117) dotyczącą finansowania kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców ze środków KFS,
3. ustawie z 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tj. Dz. U.
z 2023, poz. 702).
4. Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis, (Dz. Urz. UE L 2023/2831 z 15.12.2023 r.).
5. **zobowiązuje się** do niezwłocznego złożenia stosownego zaświadczenia lub oświadczenia o uzyskanej pomocy jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy otrzyma pomoc publiczną lub pomoc de minimis\*\*,
6. **zobowiązuje 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,
7. **zapoznałem się z Zasadami przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego
w Powiatowym Urzędzie Pracy w Wysokiem Mazowieckiem w 2024 roku i zobowiązuje się
do przestrzegania ich zapisów.**
8. **oświadcza, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień składania wniosku.**

............................................................................... (data, podpis i pieczątka osoby uprawnionej do reprezentacji

 i składnia oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym)

**F. ZAŁĄCZNIKI DO ZŁOŻENIA WRAZ Z WNIOSKIEM**

1. Załącznik nr 1 - szczegółowa specyfikacja i harmonogram wydatków dotyczących kształcenia ustawicznego (druk przy formularzu wniosku),
2. Załącznik nr 2 - wykaz osób przewidzianych do objęcia kształceniem ustawicznym (druk przy formularzu wniosku),
3. Załącznik nr 3 - porównanie co najmniej 3 ofert rynkowych wnioskowanych usług kształcenia (druk przy formularzu wniosku),
4. Załącznik nr 4 – oświadczenie pracodawcy o otrzymaniu / nie otrzymaniu pomocy de mimnis (druk przy formularzu wniosku),
5. Załącznik nr 5 - oferta instytucji szkolącej/egzaminującej
6. dane dotyczące organizatora kształcenia,
7. program kursu.
8. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawionego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego,
9. Załącznik nr 6 – Informacja dla wnioskodawcy o przetwarzaniu danych osobowych,
10. Załącznik nr 7 – Oświadczenie pracownika skierowanego na kształcenie ustawiczne w ramach KFS,
11. Załącznik nr 8 – Oświadczenie w przypadku deklaracji spełnienia danego priorytetu,
12. Kopię dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
13. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis – wzór formularza dostępny na stronie internetowej Urzędu [www.wysokiemazowieckie.praca.gov.pl](http://www.wysokiemazowieckie.praca.gov.pl), lub na stronie internetowej Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów [www.uokik.gov.pl](http://www.uokik.gov.pl), w zakładce *pomoc publiczna*,
14. Pełnomocnictwo do reprezentowania Pracodawcy – pełnomocnictwo nie jest wymagane, jeżeli osoba podpisująca wniosek jest upoważniona z imienia i nazwiska do reprezentowania podmiotu w odnośnym dokumencie rejestracyjnym,
15. Kserokopię umowy spółki w przypadku spółki cywilnej.

**Uwagi:**

1. **Wszystkie dokumenty składane w kopii powinny zawierać klauzulę "za zgodność z oryginałem" umieszczoną na każdej stronie dokumentu wraz z datą i pieczęcią imienną osoby składającej podpis lub czytelnym podpisem osób uprawnionych do potwierdzania dokumentów za zgodność z oryginałem.**
2. **Wzory formularzy niezbędnych do przekazania informacji dotyczących pomocy dostępne są również
na stronie internetowej Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów www.uokik.gov.pl w zakładce *pomoc publiczna/ informacje dodatkowe/formularze informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc*.**
3. **W przypadku gdy wniosek jest wypełniony nieprawidłowo zostanie wyznaczony termin nie krótszy niż 7 dni i nie dłuższy niż 14 dni do jego poprawienia.**
4. **Szczegółowe informacje dotyczące przyznawania środków z KFS na kształcenie ustawiczne pracowników
i pracodawcy są zawarte w zamieszczonych na stronie internetowej Urzędu „*Zasadach przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego w Powiatowym Urzędzie Pracy w Wysokiem Mazowieckiem w 2024 roku” oraz Komentarzu do stosowania priorytetów wydatkowania KFS w 2024 roku.***

**Podstawa prawna:**

1. ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, (tj. Dz. U. z 2024 r., poz. 475 z późn. zm.);
2. ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tj. Dz. U.
z 2023, poz. 702);
3. rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018 r., poz. 117);
4. rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis, (Dz. Urz. UE L 2023/2831
z 15.12.2023 r.).

***Załącznik nr 1***

do wniosku o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy ze środków KFS

**SZCZEGÓŁOWA SPECYFIKACJA I HARMONOGRAM WYDATKÓW DOTYCZĄCYCH KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Forma kształcenia ustawicznego** | **Nazwa** | **Liczba osób przewidzianych do objęcia wsparciem**  | **Miejsce i termin realizacji** | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** | **Wnioskowana wysokość z KFS w zł** | **Całkowita wysokość wydatków w zł** |
| **Mężczyźni** | **Kobiety** |
| **1** | Kurs |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | Studia podyplomowe |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** | Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** | Badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** | Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem |  |  |  |  |  |  |  |
| **SUMA** |  |  |  |

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

 (data, podpis i pieczątka osoby uprawnionej do reprezentacji

 i składnia oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym)

***Załącznik nr 2***

*do wniosku o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy ze środków KFS*

**WYKAZ OSÓB PRZEWIDZIANYCH DO OBJĘCIA KSZTAŁCENIEM USTAWICZNYM**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko,zajmowane stanowisko | Poziom wykształcenia | Data urodzenia | Termin realizacji(od-do) | Priorytet A/B/C/D | Rodzaj umowy o pracę i okres, na który jest zawarta umowa (od -do) | Rodzaj i nazwa wsparcia (np. kurs i nazwa kursu, studia podyplomowe, egzamin, badania) | Wnioskowana wysokość środków z KFS na osobę | Uzasadnienie objęcia kształceniem danego pracownika/pracodawcy | Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osoby objętej kształceniem ustawicznym |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Instrukcja wypełniania Załącznika nr 2**

1. jedna osoba powinna być wykazana raz z wyszczególnieniem rodzaju i nazwy wsparcia, w którym będzie uczestniczyć, terminów realizacji oraz całkowitej wysokości wsparcie (należy w kolumnie 9 wpisać:
2. koszty jednego kursu wraz z kosztami badania lekarskiego i psychologicznego wymaganego do podjęcia tego kursu lub pracy zawodowej po ukończeniu tego kursu i kosztami ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z tym kursem lub
3. koszty jednego kursu i egzaminu z tym kursem związanego wraz z kosztami badania lekarskiego i psychologicznego wymaganego do podjęcia kursu albo przystąpienia do egzaminu lub pracy zawodowej po ukończeniu kursu i zdaniu egzaminu i kosztami ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kursem i egzaminem, lub
4. koszty jednego kierunku studiów podyplomowych wraz z kosztami badania lekarskiego i psychologicznego wymaganego do podjęcia studiów podyplomowych lub pracy zawodowej po ukończeniu studiów podyplomowych i kosztami ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętymi studiami podyplomowymi, lub
5. koszty jednego egzaminu wraz z kosztami badania lekarskiego i psychologicznego wymaganego do przystąpienia do egzaminu lub pracy zawodowej po zdaniu egzaminu i kosztami ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z tym egzaminem.
6. w kolumnie 3 (poziom wykształcenia w przypadku wykształcenia średniego należy wpisać, czy jest to wykształcenie średnie ogólnokształcące, średnie zawodowe, czy pomaturalne/policealne,
7. w kolumnie 6 należy wpisać numer priorytetu wskazanego na rok 2024 przez Radę Rynku Pracy, w ramach którego będą wydatkowane środki KFS dla danej osoby. Priorytety na 2024 rok są zamieszczone w Części D,
8. w kolumnie 9 należy wpisać łączną wysokość dofinansowania jaka jest planowana dla osoby (suma cen jednostkowych z działań w których osoba będzie uczestniczyć).

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

 (data, podpis i pieczątka osoby uprawnionej do reprezentacji

 i składnia oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym)

***Załącznik nr 3***

*do wniosku o dofinansowanie kosztów kształcenia*

*ustawicznego pracowników i pracodawcy ze środków KFS*

**PORÓWNANIE OFERT RYNKOWYCH PLANOWANEGO KURSU/STUDIÓW PODYPLOMOWYCH/EGZAMINU/BADAŃ ZE WSKAZANIEM INSTYTUCJI**

**Uwaga:** W przypadku wnioskowania o więcej niż jedno szkolenie/studia podyplomowe/egzamin/badania - należy rozpisać dla każdego osobno

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | OFERTA**wybranej Instytucji szkoleniowej/ Uczelni/Przychodni/Ubezpieczyciela** | DRUGA POZYSKANA OFERTA **Instytucji szkoleniowej/ Uczelni/Przychodni/Ubezpieczyciela** | TRZECIA POZYSKANA OFERTA**Instytucji szkoleniowej/ Uczelni/Przychodni/Ubezpieczyciela** |
| **1** | **Nazwa i adres**Instytucji Szkoleniowej/ Uczelni Przychodni/Ubezpieczyciela |  |  |  |
| **2** | **Nazwa** kursu/studiów podyplomowych/egzaminu/badań |  |  |  |
| **3** | **Termin szkolenia/**studiów podyplomowych/egzaminu/badań |  |  |  |
| **4** | **Cena**\* kursu/studiów podyplomowych/egzaminu/badań (1 uczestnika) |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **5** | **Liczba godzin** kursu/studiów podyplomowych(przypadająca na 1 uczestnika) |  |  |  |
| **6** | **Koszt osobogodziny szkolenia/****studiów podyplomowych**(iloraz kwoty ujętej w wierszu nr 4 do liczby podanej w wierszu nr 5) |  |  |  |
| **7** | **Posiadanie przez realizatora usług kształcenia ustawicznego CERTYFIKATÓW JAKOŚCI OFEROWANYCH USŁUG KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO, a w przypadku kursów – posiadanie dokumentu, na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego, jeżeli informacja ta nie jest dostępna w publicznych rejestrach elektronicznych** |  |  |  |
| **8** | **Uzasadnienie wyboru Instytucji szkoleniowej /Uczelni/****Przychodni/Ubezpieczyciela** |  |

\* bez kosztów związanych z przejazdem, zakwaterowaniem i wyżywieniem.

**Oświadczam, że** dokonałem/am rozeznania rynku w/w usług w przedmiotowym zakresie. Racjonalność oraz gospodarność wydatkowania środków KFS potwierdzam pozyskanymi ofertami (opisanymi w tabeli), które zobowiązuję się do przedstawiania na każde żądanie Urzędu oraz ich przechowywania przez okres obowiązywania umowy.

 ............................................................................... (data, podpis i pieczątka osoby uprawnionej do reprezentacji

i składnia oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym)

***Załącznik nr 4***

*do wniosku o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy ze środków KFS*

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

***Art. 37 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tj. Dz.U. z 2023 r ., poz. 702 z późn. zm.)***

**Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1 Kodeksu karnego oświadczam, że w okresie 3 lat (3x365 dni):**

* 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.** | **Podmiot udzielający pomocy** | **Podstawa prawna otrzymanej pomocy i jej przeznaczenie** | **Dzień udzielenia pomocy****(dd-mm-rrrr)**  | **Wartość pomocy w euro** | **Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| **Łączna wartość** |  |  |

***Uwaga!***

*Wszelkie informacje zawarte w oświadczeniu powinny być zgodne z zaświadczeniami o udzielonej pomocy de minimis, jakie Pracodawca otrzymał od instytucji udzielających mu pomocy de minimis w okresie* minionych 3 lat (3x365 dni):.

 ….…………………………..………………............

 (data, podpis i pieczątka osoby uprawnionej do reprezentacji

i składnia oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym)

*\* właściwe zaznaczyć*

|  |
| --- |
|  ***Załącznik nr 5*** *do wniosku o dofinansowanie kosztów kształcenia* *ustawicznego pracowników i pracodawcy ze środków KFS*…………………………….. |
|  pieczęć realizatora działań |
| **OFERTA REALIZATORA DZIAŁAŃ WNOSKOWANYCH PRZEZ PRACODAWCĘ**(wypełnia instytucja szkoląca / egzaminująca) |
| 1. **Dane o organizacji kształcenia**
 |
| **Nazwa i adres instytucji szkolącej / egzaminującej** |
|   |
| **Nazwa kursu / egzaminu** |
|   |
| **Termin realizacji kursu / egzaminu** |
|   |
| **Wymiar godzinowy kursu** |
|   |
| **Szkolenie otwarte / zamknięte** |
|   |
| **Wymagania wstępne dla kandydatów** |
|   |
| **Liczba osób w grupie wymagana aby szkolenie się odbyło** |
|   |
| **Nazwa dokumentu wydawanego po ukończeniu kursu / zdaniu egzaminu** |
|   |
| **Całkowita cena netto kursu / egzaminu dla wnioskującego pracodawcy** |
|   |
| **Cena kursu / egzaminu netto na jednego uczestnika**  |
|   |
| **Miejsce prowadzenia zajęć** |
|  |
| 1. **Program**
 |
| **Cel kursu / egzaminu** |
|  |
| **Program kursu / zakres egzaminu** |
|  |
|   |
|  |
|  |
| …………………………………………… |
|  (pieczęć i podpis osoby reprezentującej  instytucję szkolącą /egzaminującą) |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

 ***Załącznik nr 6***

 *do wniosku o dofinansowanie kosztów kształcenia*

 *ustawicznego pracowników i pracodawcy ze środków KFS*

**I N F O R M A C J A**

 Wypełniając postanowienia określone w art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego I Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) zwanego dalej „RODO”, informuje się, że:

1. Administratorem Pana(i) danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Wysokiem Mazowieckiem, Adres: 18-200 Wysokie Mazowieckie, ul. 1 Maja 8.
2. Administrator zgodnie z art. 37 ust. 1 RODO wyznaczył inspektora ochrony danych. Kontakt
z inspektorem ochrony danych jest możliwy poprzez adres email :

 iod@[pup-wysokiemazowieckie.pl](http://www.pup-wysokiemazowieckie.pl/)

1. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji procesu kształcenia ustawicznego finansowanego ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego. Dane przetwarzane są w oparciu o zgodę osoby której dane dotyczą.
2. Dane mogą zostać udostępnione wyłącznie podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.
3. Dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat od zamknięcia sprawy.
4. Przysługuje Panu(i) prawo dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.
5. Jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, przysługuje Panu(i) prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
6. Przysługuje Panu(i) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

 Zapoznałem(am) się z niniejszą informacją:

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

 (data, podpis i pieczątka osoby uprawnionej do reprezentacji

i składnia oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym)

 ***Załącznik nr 7***

 *do wniosku o dofinansowanie kosztów kształcenia*

 *ustawicznego pracowników i pracodawcy ze środków KFS*

**OŚWIADCZENIE
(pracodawcy/pracownika)**

Ja …………………………………………………………… PESEL…………………….………………

 (imię i nazwisko)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów związanych z procesem kształcenia ustawicznego finansowanego ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) a także innych przepisów dotyczących ochrony danych osobowych wyłącznie dla potrzeb realizacji ww. procesu kształcenia.

………………………………………… ..………..…………………………

 (miejscowość, data) (podpis)

 ***Załącznik nr 8***

 *do wniosku o dofinansowanie kosztów kształcenia*

 *ustawicznego pracowników i pracodawcy ze środków KFS*

**OŚWIADCZENIE**(priorytet nr 2)

(Wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności)

Oświadczam, że pracownik ………………………………………………

 (imię i nazwisko)

posiada orzeczenie o niepełnosprawności.

Prawdziwość danych zawartych w niniejszym oświadczeniu potwierdzam własnoręcznym podpisem, pouczony o odpowiedzialności przewidzianej w art. 233 § 1 kk za oświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy („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”) (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 1138 ze zm.)

……..…..…………………

 (podpis)

1. *1 Art. 233 § 1 Kodeksu karnego 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”.*

 [↑](#footnote-ref-1)