..............., dnia ................................

………………………………………………………………..

 /pieczątka firmowa pracodawcy/

Powiatowy Urząd Pracy

w Pile

WNIOSEK

O DOFINANSOWANIE KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO ZE ŚRODKÓW KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO

W ramach priorytetów Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej:[[1]](#footnote-1)

 wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w województwie wielkopolskim zawodach deficytowych według „Barometru zawodów” (prognozy na 2018 r.) – proszę wymienić zawód/zawody, którego/ych dotyczy wnioskowane wsparcie:

…………………………………………………………………………………………..,

 wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych technologii i narzędzi pracy – należy udowodnić, że w ciągu jednego roku przed złożeniem wniosku bądź w ciągu trzech miesięcy po jego złożeniu zostały/zostaną zakupione nowe maszyny i narzędzia, bądź będą wdrożone nowe technologie
i systemy, a pracownicy objęci kształceniem ustawicznym będą wykonywać nowe zadania związane z wprowadzonymi/planowanymi do wprowadzenia zmianami
i przedstawić stosowne dokumenty, np. kopie dokumentów zakupu, decyzję dyrektora/zarządu o wprowadzeniu norm ISO, dokumenty potwierdzające wprowadzenie nowych technologii i systemów itp. oraz logiczne i wiarygodne uzasadnienie,

 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 – wykaz prac w szczególnych warunkach stanowi załącznik nr 1, a prac o szczególnym charakterze – załącznik nr 2 do ustawy z dnia 19 grudnia 2008 roku o emeryturach pomostowych (Dz.U. z 2008 Nr 237, poz. 1656 z późn. zm.).

**Podstawy prawne:**

1. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2017 r., poz. 1065 ze zm.).
2. Rozporządzenie 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, z późn. zm.).
3. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 1).
4. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 9).
5. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.2014,
str. 45).
6. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis
(Dz. U. z 2010 r. Nr 53, poz. 311, z późn. zm.).
7. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007 r. Nr 59, poz. 404, z późn. zm.).
8. **DANE PRACODAWCY**
9. Pełna nazwa pracodawcy ..........................................................................................................................................................................

1. Adres siedziby pracodawcy

telefon:

e – mail:

1. Adres do korespondencji

1. Miejsce prowadzenia działalności …………………………………………………………………...

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

1. Numer REGON
2. Numer NIP
3. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej (zgodnie z wpisem w odpowiednim rejestrze)

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

1. Numer KRS (w przypadku spółek handlowych i kapitałowych)…………………………………………………..
2. Oznaczenie przeważającej działalności (symbol podklasy prowadzonej działalności określony zgodnie z PKD)……………………….
3. Liczba zatrudnionych pracowników na dzień składania wniosku[[2]](#footnote-2) ..............................................
4. Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby uprawnionej do reprezentowania pracodawcy i zaciągania zobowiązań umownych (zgodnie z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem)

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

1. Imię i nazwisko, numer telefonu, adres poczty elektronicznej osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktów z Urzędem …………………………………………………………………………….

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

1. Nazwa banku oraz numer konta bankowego

1. Oświadczam, że na dzień składania wniosku jestem (zaznaczyć właściwe):

 mikroprzedsiębiorcą – oznacza to przedsiębiorcę, który zatrudnia mniej niż 10 pracowników\*
i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów euro,

 małym przedsiębiorcą – oznacza to przedsiębiorcę, który zatrudnia mniej niż 50 pracowników\*
i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów euro,

 średnim przedsiębiorcą – oznacza to przedsiębiorcę, który zatrudnia mniej niż 250 pracowników\* i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów euro lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów euro,

  innym przedsiębiorcą.

\* Liczba zatrudnionych osób odpowiada liczbie rocznych jednostek pracy (RJP), to jest liczbie pracowników zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu pracy w obrębie danego przedsiębiorstwa lub
w jego imieniu w ciągu całego uwzględnianego roku referencyjnego. Praca osób, które nie przepracowały pełnego roku, osób, które pracowały w niepełnym wymiarze godzin, bez względu na długość okresu zatrudnienia, lub pracowników sezonowych jest obliczana jako część ułamkowa RJP.
W skład personelu wchodzą: pracownicy; osoby pracujące dla przedsiębiorstwa, podlegające mu
i uważane za pracowników na mocy prawa krajowego; właściciele – kierownicy; partnerzy prowadzący regularną działalność w przedsiębiorstwie i czerpiący z niego korzyści finansowe. Praktykanci lub studenci odbywający szkolenie zawodowe na podstawie umowy o praktyce lub szkoleniu zawodowym nie wchodzą w skład personelu. Nie wlicza się okresu trwania urlopu macierzyńskiego ani wychowawczego.

1. **DANE DOTYCZĄCE WYSOKOŚCI WNIOSKOWANEGO WSPARCIA**

1. Całkowita wartość planowanych działań kształcenia ustawicznego ………………………., z tego:

 - kwota wnioskowana z KFS: ………………………………………………………….
 (słownie: .......………………………………………………………………………..zł);

 - kwota wkładu własnego (nie dotyczy mikroprzedsiębiorców)\*: ………………………………
 (słownie: …………………………………………………………………………….zł).

\* przy wyliczaniu 20% wkładu własnego należy uwzględnić wyłącznie koszty samego kształcenia ustawicznego. Nie można uwzględnić kosztów, które ponoszone są w związku z udziałem pracowników w kształceniu ustawicznym, np. wynagrodzeń za godziny nieobecności w pracy
w związku z uczestnictwem w zajęciach, kosztów delegacji w przypadku dojazdu do miejscowości innej niż miejsce pracy itp.

1. Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego finansowanej ze środków KFS

**KURS**

1. Dane dotyczące wybranego realizatora oraz uzasadnienie jego wyboru (należy odnieść się zwłaszcza do ceny kursu w odniesieniu do kosztu osobogodziny, jakości oferowanego programu kształcenia, doświadczenia instytucji szkoleniowej, doświadczenia kadry dydaktycznej, bazy dydaktycznej itp. w porównaniu do konkurencji na rynku usług szkoleniowych). **Wymienione informacje należy podać odrębnie dla każdego kursu.**

Nazwa kursu: …………………………………...................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………...
Liczba godzin kursu:…………………………………………………………………………………………….

Nazwa i siedziba realizatora: …………………………………............................................................................

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

NIP: ………………………………………………REGON: …………………………………………………...

Uzasadnienie wyboru realizatora (w porównaniu do konkurencji na rynku usług szkoleniowych):

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

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

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

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

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

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

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

Czy realizator kursu posiada certyfikat jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego?

 TAK

 NIE

Czy realizator kursu posiada aktualny wpis do Rejestru Instytucji Szkoleniowych lub Bazy Usług Rozwojowych?

 TAK

 NIE

Czy realizator kursu posiada dokument, na podstawie którego prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego?

 TAK

 NIE

Czy realizator kursu wykonuje analizy skuteczności oferowanych usług?

 TAK

 NIE

1. Szczegółowe uzasadnienie potrzeby odbycia kursu, przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy pod kątem **zapobiegania utracie zatrudnienia** przez osoby pracujące z powodu kompetencji nieadekwatnych do wymagań dynamicznie zmieniającej się gospodarki i **poprawy pozycji firmy jak i samych pracowników** na konkurencyjnym rynku pracy oraz pod kątem **obowiązujących priorytetów** wydatkowania środków KFS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**STUDIA PODYPLOMOWE**

1. Dane dotyczące wybranego realizatora oraz uzasadnienie jego wyboru (należy odnieść się zwłaszcza do ceny studiów podyplomowych, jakości oferowanego programu kształcenia, doświadczenia kadry dydaktycznej, bazy dydaktycznej itp. w porównaniu do konkurencji na rynku). **Wymienione informacje należy podać odrębnie dla każdego kierunku studiów podyplomowych.**

Nazwa studiów podyplomowych: …………………………………...................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………...
Liczba godzin/semestrów studiów podyplomowych:……………………………………………………………

Nazwa i siedziba realizatora: …………………………………............................................................................

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

NIP: ………………………………………………REGON: …………………………………………………...

Uzasadnienie wyboru realizatora (w porównaniu do konkurencji na rynku):

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Czy realizator studiów podyplomowych posiada certyfikat jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego?

 TAK

 NIE

Czy realizator studiów podyplomowych wykonuje analizy skuteczności oferowanych usług?

 TAK

 NIE

1. Szczegółowe uzasadnienie potrzeby odbycia studiów podyplomowych, przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy pod kątem **zapobiegania utracie zatrudnienia** przez osoby pracujące z powodu kompetencji nieadekwatnych do wymagań dynamicznie zmieniającej się gospodarki i **poprawy pozycji firmy jak i samych pracowników** na konkurencyjnym rynku pracy oraz pod kątem **obowiązujących priorytetów** wydatkowania środków KFS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**EGZAMIN**

1. Dane dotyczące realizatora oraz uzasadnienie jego wyboru (należy odnieść się zwłaszcza do ceny egzaminu, doświadczenia instytucji egzaminującej itp. w porównaniu do konkurencji na rynku – o ile taka występuje). **Wymienione informacje należy opisać odrębnie dla każdego egzaminu.**

Nazwa egzaminu: …………………………………............................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………...
Liczba godzin/dni egzaminu:……………………………………………………………………………………

Nazwa i siedziba instytucji egzaminującej: …………………………………......................................................

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

NIP: ………………………………………………REGON: …………………………………………………...

Uzasadnienie wyboru realizatora (w porównaniu do konkurencji na rynku – o ile taka występuje): …………………………………………………………………………………………………………………...

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

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

Czy konieczność przeprowadzenia egzaminu umożliwia uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych?

 TAK (proszę wskazać podstawę prawną) ………………………………………………

 NIE

**BADANIA LEKARSKIE I/LUB PSYCHOLOGICZNE**

1. Dane dotyczące wykonawcy oraz uzasadnienie jego wyboru (należy odnieść się zwłaszcza do ceny badań lekarskich i/lub psychologicznych, doświadczenia, konkurencyjności na rynku itp.). **Wymienione informacje należy opisać odrębnie dla każdego rodzaju badań.**

Nazwa badań lekarskich i/lub psychologicznych: …………………………………..........................................

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

Nazwa i siedziba wykonawcy: …………………………………..........................................................................

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

NIP: ………………………………………………REGON: …………………………………………………...

Uzasadnienie wyboru wykonawcy (w porównaniu do konkurencji na rynku):

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

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

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

Czy konieczność przeprowadzenia badań lekarskich i/lub psychologicznych jest niezbędna do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu?

 TAK (proszę wskazać podstawę prawną) ………………………………………………

 NIE

**UBEZPIECZENIE NNW**

1. Dane dotyczące ubezpieczyciela oraz uzasadnienie jego wyboru (należy odnieść się zwłaszcza do ceny polisy, doświadczenia i pozycji ubezpieczyciela itp. w porównaniu do konkurencji na rynku).

Nazwa polisy ubezpieczeniowej: …………………………………....................................................................

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

Nazwa i siedziba ubezpieczyciela: …………………………………...................................................................

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

NIP: ………………………………………………REGON: …………………………………………………...

Uzasadnienie wyboru ubezpieczyciela (w porównaniu do konkurencji na rynku):

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

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

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

Czy konieczność ubezpieczenia NNW jest związana z podjętym kształceniem?

 TAK

 NIE

3.Planowane działania w ramach kształcenia ustawicznego pracodawcy i pracowników

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Liczba pracodawców wg grup wiekowych** | **Liczba pracowników wg grup wiekowych:** | **Całkowita wysokość wydatków (100% kosztów)** | **Kwota****z KFS (80% lub 100%)** | **Koszt na 1 uczestnika z KFS** |
| **15-24 lata** | **25-34 lata** | **35-44 lata** | **45 i więcej lat** | **15-24 lata** | **25-34 lata** | **35-44 lata** | **45 i więcej lat** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nazwa działania** | **Nazwa kursu** | **Liczba godzin kursu** | **Termin realizacji (od….do….****dzień/miesiąc/rok)** |
| **KURS** | 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Liczba osób objętych wnioskowanymi formami wsparcia ogółem: ……………………………., w tym kobiety ……………………………………….

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Liczba pracodawców wg grup wiekowych** | **Liczba pracowników wg grup wiekowych:** | **Całkowita wysokość wydatków (100% kosztów)** | **Kwota****z KFS (80% lub 100%)** | **Koszt na 1 uczestnika z KFS** |
| **15-24 lata** | **25-34 lata** | **35-44 lata** | **45 i więcej lat** | **15-24 lata** | **25-34 lata** | **35-44 lata** | **45 i więcej lat** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nazwa działania** | **Nazwa studiów podyplomowych** | **Termin realizacji (od….do….****dzień/miesiąc/rok)** |
| **STUDIA PODYPLOMOWE** | 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Liczba pracodawców wg grup wiekowych** | **Liczba pracowników wg grup wiekowych:** | **Całkowita wysokość wydatków (100% kosztów)** | **Kwota****z KFS (80% lub 100%)** | **Koszt na 1 uczestnika z KFS** |
| **15-24 lata** | **25-34 lata** | **35-44 lata** | **45 i więcej lat** | **15-24 lata** | **25-34 lata** | **35-44 lata** | **45 i więcej lat** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nazwa działania** | **Nazwa egzaminu** | **Termin realizacji (od….do….****dzień/miesiąc/rok)** |
| **EGZAMIN** | 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Liczba pracodawców wg grup wiekowych** | **Liczba pracowników wg grup wiekowych:** | **Całkowita wysokość wydatków (100% kosztów)** | **Kwota****z KFS (80% lub 100%)** | **Koszt na 1 uczestnika z KFS** |
| **15-24 lata** | **25-34 lata** | **35-44 lata** | **45 i więcej lat** | **15-24 lata** | **25-34 lata** | **35-44 lata** | **45 i więcej lat** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nazwa działania** | **Nazwa badań** | **Termin realizacji (od….do….****dzień/miesiąc/rok)** |
| **BADANIA LEKARSKIE I/LUB PSYCHOLOGICZNE** | 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Liczba pracodawców wg grup wiekowych** | **Liczba pracowników wg grup wiekowych:** | **Całkowita wysokość wydatków (100% kosztów)** | **Kwota****z KFS (80% lub 100%)** | **Koszt na 1 uczestnika z KFS** |
| **15-24 lata** | **25-34 lata** | **35-44 lata** | **45 i więcej lat** | **15-24 lata** | **25-34 lata** | **35-44 lata** | **45 i więcej lat** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nazwa działania** | **Nazwa polisy** | **Termin (od….do….****dzień/miesiąc/rok)** |
| **UBEZPIECZENIE NNW** | 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**Świadomy/-a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń (art. 233 kk) oświadczam, że (zaznaczyć właściwe):**

1. Jestem pracodawcą w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks Pracy;
2.  Jestem /  Nie jestem mikroprzedsiębiorcą, zgodnie z załącznikiem nr I do rozporządzenia
 Komisji (WE) nr 800/2008 z dnia 6 sierpnia 2008 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za
 zgodne ze wspólnym rynkiem w zastosowaniu art. 87 i 88 Traktatu (ogólne rozporządzenie
 w sprawie wyłączeń blokowych);
3.  Prowadzę działalność gospodarczą /  Nie prowadzę działalności gospodarczej
 w rozumieniu przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej oraz:
4.  Spełniam warunki /Nie spełniam warunków /  Nie dotyczy rozporządzenie komisji (UE)
 Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu
 o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis;
5.  Spełniam warunki /Nie spełniam warunków /  Nie dotyczy rozporządzenie komisji (UE)
 Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu
 o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis **w sektorze rolnym**;
6.  Spełniam warunki /Nie spełniam warunków /  Nie dotyczy rozporządzenie Komisji
 (WE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu
 o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis **w sektorze rybołówstwa
 i akwakultury**;
7.  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;
8. Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia
o uzyskanej pomocy de minimis, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy otrzymam pomoc de minimis;
9. Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu przez Powiatowy Urząd Pracy w Pile dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o której mowa
 w rozporządzeniu MPiPS z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków
z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. 2014 r., poz. 639 z późn. zm.), zgodnie
z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r., poz. 1182 z późn. zm.);
10. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie kształcenia ustawicznego ze środków KFS\*;
11. Przyznanie środków z KFS we wnioskowanej wysokości nie spowoduje przekroczenia limitu pomocy w wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia na jedną osobę w danym roku,
o którym mowa w art. 69b ust. 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia
i instytucjach rynku pracy;
12. 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;
13. Zapoznałem (-am) się z art. 69a i 69b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz z rozporządzeniem Ministra Pracy
i Polityki Społecznej z 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego;
14. Zapoznałem(-am) się z „Kryteriami przyznawania dofinansowania kształcenia ustawicznego pracodawców i pracowników z Krajowego Funduszu Szkoleniowego w 2018 roku”.
15. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Pile, jeżeli
w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.

Świadomy/-a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych (art. 233 k. k.) oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku i w załączonych do niego dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

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

 miejscowość, data podpis i pieczęć pracodawcy

1) rozporządzenie 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\* W przypadku gdy pracodawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia pracodawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 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) (Dz. Urz. UE L 119
z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”, informuje się, że:

* administratorem Pani/Pana danych osobowych jest *Powiatowy Urząd Pracy w Pile,
al. Niepodległości 24, 64-920 Piła, tel. (67) 215-11-27, e-mail: pup@pup.pila.pl;*
* Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych z którym można skontaktować się poprzez e-mail: *iod@pup.pila.pl;*
* Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. cRODO
w celu związanym z wnioskiem o dofinansowanie kształcenia ustawicznego ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego;
* odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa lub podmioty, którym dane muszą zostać udostępnione dla realizacji umowy;
* Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres zgodny z „Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt”;
* Administrator danych nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej;
* w odniesieniu do Pani/Pana danych osobowych decyzje nie będą podejmowane
w sposób zautomatyzowany, stosowanie do art. 22 RODO;
* posiada Pani/Pan prawo do żądania dostępu do treści swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
* podanie danych jest dobrowolne, lecz niezbędne do realizacji celów wynikających
z przepisów prawa lub realizacji umowy; w przypadku niepodania danych, wypełnienie powyższego celu nie będzie możliwe.

**Przyjmuję do wiadomości:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 data i czytelny podpis (imię i nazwisko)

**Do wniosku należy dołączyć załączniki, które stanowią jego integralną część:**

1. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawiany przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego;
2. Kopię dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (np. może to być umowa spółki cywilnej wraz z ewentualnymi wprowadzonymi do niej zmianami lub statut w przypadku stowarzyszenia, fundacji czy spółdzielni lub inne dokumenty właściwe, np. dla jednostek budżetowych, szkół, przedszkoli);
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (według wzoru załączonego w ogłoszeniu o naborze);
4. Zaświadczenie/-a lub oświadczenie o pomocy de minimis (zał. nr 1 do wniosku) – na stronie Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów jest dostępna baza SUDOP w zakładce POMOC PUBLICZNA – SPRAWOZDAWCZOŚĆ – DANE O UDZIELONEJ POMOCY – SUDOP. Za pośrednictwem tej bazy istnieje możliwość wyszukiwania informacji odnośnie wielkości pomocy de minimis (nie dotyczy pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie) jaką otrzymał
w wymaganym okresie beneficjent pomocy publicznej;
5. Program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu (zał. nr 2 do wniosku);
6. Oferta wybranego realizatora kształcenia uwzględniającą w szczególności analizę skuteczności usług oferowanych przez realizatora kształcenia (zał. nr 3 do wniosku);
7. Porównanie ceny wybranej oferty do ofert rynkowych (zał. nr 4 do wniosku);
8. Wykaz osób, które mają zostać objęte działaniami w ramach KFS (zał. nr 5 do wniosku);
9. Oświadczenie dot. planów dalszego zatrudniania osób, które będą objęte kształceniem ustawicznym (zał. nr 6 do wniosku);
10. Pełnomocnictwo określające jego zakres, podpisane przez osoby uprawnione do reprezentowania pracodawcy, w przypadku gdy pracodawcę reprezentuje pełnomocnik (oryginał lub kopię potwierdzoną notarialnie, lub za zgodność
z oryginałem przez osobę/osoby uprawnione).

**W/w załączniki winny być złożone w oryginale, za wyjątkiem określonym w pkt 2 i/lub 10, których kopie winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem, pieczęcią oraz podpisem pracodawcy/osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy.**

**Załącznik nr 1**

**OŚWIADCZENIE**

**O OTRZYMANEJ POMOCY *DE MINIMIS, POMOCY DE MINIMIS W ROLNICTWIE LUB RYBOŁÓWSTWIE***

(W ZAKRESIE WYNIKAJĄCYM Z ART.37 UST. 1 I 2 USTAWY Z 30 KWIETNIA 2004R. O POSTĘPOWANIU W SPRAWACH DOT. POMOCY PUBLICZNEJ)

Oświadczam, że\*:

 w okresie bieżącego roku kalendarzowego oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych **nie uzyskałem/-liśmy** pomocy *de minimis* lub pomocy *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie

 w okresie bieżącego roku kalendarzowego oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych **uzyskałem/-liśmy** pomoc *de minimis* lub pomoc *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie w następującej wielkości\*\*:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Podmiot udzielający pomocy | Podstawa prawna otrzymanej pomocy i jej przeznaczenie | Data udzielenia pomocy (dzień- miesiąc-rok) | Wielkość pomocy brutto |
| w PLN | w EURO |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | Łączna wartość pomocy |  |  |

Oświadczenie składam pouczony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 ustawy
z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny.

 …………………………………...

/data, podpis i pieczęć

wnioskodawcy lub osoby uprawnionej

do reprezentowania wnioskodawcy/

\* właściwe zaznaczyć,

\*\* proszę wypełnić poniższą tabelę – wszelkie informacje zawarte w tabeli muszą być zgodne
z zaświadczeniami o udzielonej pomocy, jakie Wnioskodawca otrzymał od instytucji udzielających mu pomocy w okresie bieżącego roku kalendarzowego oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych.

**Załącznik nr 2**

**PROGRAM**

**KURSU/ STUDIÓW PODYPLOMOWYCH/ZAKRES EGZAMINU\***

1. Nazwa organizatora kursu/studiów podyplomowych/egzaminu: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………........
2. Adres organizatora kursu/studiów podyplomowych/egzamin: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. Nazwa kursu/studiów podyplomowych/egzaminu: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
4. Miejsce – adres zajęć teoretycznych, praktycznych kursu/studiów podyplomowych/ egzaminu: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
5. Czas trwania i sposób organizacji kursu/studiów podyplomowych/egzaminu:
6. Liczba godzin ogółem (dot. kursu) …………….;

zajęcia teoretyczne ………….…….,

zajęcia praktyczne………………....,

1. Termin kształcenia ustawicznego od ………...…….. - do………………;
2. Łączna liczba uczestników kursu/studiów podyplomowych/egzaminu planowana przez organizatora kształcenia w ww. miejscu i terminie:…………………..……..;
3. Koszt osobogodziny: ………………, koszt kształcenia na 1 osobę…………………;
4. Wymagania wstępne dla uczestników:
5. Poziom wykształcenia …………………………………………………………….;
6. Rodzaj niezbędnych badań lekarskich i/lub psychologicznych niezbędnych do rozpoczęcia kształcenia ……………………………………………..………..……

\* w przypadku ubiegania się o dofinansowanie kilku form kształcenia ustawicznego - niniejszy program należy przedłożyć osobno dla każdej formy.

1. Cel kursu/studiów podyplomowych/egzaminu: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...,
2. Ramowy plan nauczania (dot. kursu lub studiów podyplomowych):

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Kluczowe tematy zajęć** |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |
| 6. |  |
| 5. |  |
| 6. |  |
| 7. |  |
| 8. |  |
| 9. |  |
| 10. |  |

1. Nabyte kwalifikacje / rodzaj uprawnień / typ dokumentu potwierdzającego ukończenie kształcenia: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………,

 ……………………………………..

 /pieczęć i podpis realizatora kształcenia/

 **Załącznik nr 3**

**Oferta kształcenia ustawicznego**

 (wypełnia realizator kursu/studiów podyplomowych)

„ ………………………………………………………………………………. ”

/nazwa kształcenia ustawicznego/

1. **DANE DOTYCZĄCE REALIZATORA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**
2. Nazwa realizatora ……………………………………………………..
3. Adres ……………………………………………………………………………….

tel. ……………………….. fax …………………………………………………….

1. NIP …………………………………………………………………………………..
2. Czy realizator kształcenia posiada aktualny (na rok bieżący) wpis do Rejestru Instytucji Szkoleniowych?

 TAK (proszę podać nr wpisu …………………………………………………...)

 NIE

1. Czy realizator kształcenia posiada wpis do Bazy Usług Rozwojowych?

 TAK

 NIE

1. Czy realizator kształcenia wykonuje analizę skuteczności oferowanych usług?

 TAK

 NIE

1. Czy realizator kształcenia posiada certyfikat jakości usług?

 TAK

 NIE

1. Czy realizator posiada doświadczenie w zakresie prowadzenia kształcenia we wnioskowanym przez pracodawcę zakresie?

 TAK

 NIE

1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**
2. Liczba uczestników - ………….
3. Liczba godzin lub liczba dni (semestrów) kształcenia - ………….
4. Czas trwania kształcenia ustawicznego - ……………. dni:
5. data rozpoczęcia kształcenia ustawicznego ………………….
6. data zakończenia kształcenia ustawicznego ………………….
7. Miejsce kształcenia ustawicznego: ………………………………………….
8. Koszty kształcenia ustawicznego:

- ogółem - …………………………………

- dla jednej osoby - …………………………………

1. Rodzaj dokumentów potwierdzających ukończenie kształcenia ustawicznego:

 dokument potwierdzający kompetencje nabyte przez uczestników wynikający
z przepisów powszechnie obowiązujących (proszę wymienić rodzaj dokumentu wraz z podstawą prawną): ………………………………………………………………………………………..…...…………………………………………………………………………………...

 dokument potwierdzający kompetencje nabyte przez uczestników nie wynikający
z przepisów powszechnie obowiązujących – **wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników należy załączyć do oferty kształcenia ustawicznego.**

……………………………………………

 pieczęć i podpis realizatora

 kursu/studiów podyplomowych

**Załącznik nr 4**

**Porównanie ofert rynkowych dotyczących planowanego kształcenia ustawicznego**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie** | **Oferta wybrana** | **Oferta I** | **Oferta II** | **Oferta V** | **Oferta VI** |
| **1.** | Rodzaj i nazwa kształcenia ustawicznego:  |  |  |  |  |  |
| **2.** | Nazwa i adres realizatora kształcenia ustawicznego: |  |  |  |  |  |
| **3.** | Planowany termin realizacji kształcenia ustawicznego: |  |  |  |  |  |
| **4.** | Cena kształcenia ustawicznego ogółem |  |  |  |  |  |
| **5.** | Cena kształcenia ustawicznego w przeliczeniu na 1 osobę |  |  |  |  |  |
| **6.** | Liczba godzin kursu/liczba dni (semestrów) kształcenia ustawicznego |  |  |  |  |  |

Oświadczam, że dokonałem(am) rozeznania rynku ww. usług w przedmiotowym zakresie. Racjonalność oraz gospodarność wydatkowania środków KFS potwierdzam pozyskanymi ofertami (opisanymi w tabeli), które zobowiązuję się przedstawić na każde żądanie Powiatowego Urzędu Pracy w Pile, aż do końca okresu obowiązywania umowy o dofinansowanie kształcenia ustawicznego ze środków KFS.

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

/miejscowość, data/ /pieczęć, podpis/

**Załącznik nr 5**

**Wykaz osób, które mają zostać objęte działaniami w ramach KFS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Wiek** | **Stanowisko służbowe** | **Forma pomocy\*** | **Nazwa kursu/studiów podyplomowych/egzaminu** | **Termin realizacji****(od…do….****dzień/miesiąc/rok)** | **Poziom wykształcenia\*\*** | **Czy osoba wykonuje pracę w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze?\*\*\*** | **Sposób zatrudnienia pracowników i okres obowiązywania umowy****(od….do….)** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  TAK NIE |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  TAK NIE |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  TAK NIE |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  TAK NIE |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |  TAK NIE |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |  |  TAK NIE |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |  |  TAK NIE |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |  |  TAK NIE |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |  |  TAK NIE |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |  |  TAK NIE |  |

…………………………………..............

/data, podpis i pieczęć

wnioskodawcy lub osoby uprawnionej

 do reprezentowania wnioskodawcy/

\* proszę wskazać formę wnioskowanej pomocy: kurs, studia podyplomowe, egzamin, badania lekarskie i/lub psychologiczne, ubezpieczenie NNW

\*\* proszę wskazać poziom wykształcenia: podstawowe / gimnazjalne, zasadnicze zawodowe, średnie ogólnokształcące, policealne / średnie zawodowe, wyższe

\*\*\* zaznaczyć właściwe

**Wykaz osób, które mają zostać objęte działaniami w ramach KFS (c.d.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |   |  |
| Wyszczególnienie | Liczba pracodawców | Liczba pracowników |
| razem | kobiety |
| Objęci wsparciem KFS ogółem |  |  |  |
| **Uczestnicy działań finansowanych ze środków KFS** | według rodzaju wsparcia | kursy |  |  |  |
| studia podyplomowe |  |  |  |
| egzaminy |  |  |  |
| badania lekarskie i/lub psychologiczne |  |  |  |
| ubezpieczenie NNW |  |  |  |
| według poziomu wykształcenia | wyższe |  |  |  |
| policealne i średnie zawodowe |  |  |  |
| średnie ogólnokształcące |  |  |  |
| zasadnicze zawodowe |  |  |  |
| gimnazjalne i poniżej |  |  |  |
| według grup wielkich zawodów i specjalności | 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 przy pracach prostych |  |  |  |
| Siły zbrojne |  |  |  |
| Bez zawodu |  |  |  |
| wykonujący pracę w szczególnych warunkach oraz pracę o szczególnym charakterze |  |  |  |
| w tym osoby mogące udokumentować wykonywanie przez co najmniej 15 lat pracy w szczególnych warunkach lub pracy o szczególnym charakterze, którym nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej |  |  |  |

**Załącznik nr 6**

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY DOT. DALSZEGO ZATRUDNIENIA PRACOWNIKÓW OBJĘTYCH WSPARCIEM**

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1 Kodeksu karnego** **oświadczam, że od dnia zakończenia realizacji kształcenia ustawicznego zamierzam nadal zatrudniać pracownika/ów objętych ww. wsparciem (zaznaczyć właściwe):**

  na okres do 1 roku,

  na okres powyżej 1 roku.

…………………………………...

/data, podpis i pieczęć

wnioskodawcy lub osoby uprawnionej

do reprezentowania wnioskodawcy/

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie kształcenia ustawicznego przez pracodawcę proszę opisać plany co do działania swojej firmy w przyszłości:

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

 …………………………………...

/data, podpis i pieczęć

wnioskodawcy lub osoby uprawnionej

do reprezentowania wnioskodawcy/

1. właściwe zaznaczyć [↑](#footnote-ref-1)
2. Zatrudnienie zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 43 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oznacza wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego oraz umowy o pracę nakładczą. [↑](#footnote-ref-2)