

....., dnia

.....
/pieczęćka firmowa pracodawcy/

Powiatowy Urząd Pracy
w Pile

**WNIOSEK
O PRYZNANIE ŚRODKÓW Z KRAJOWEGO FUNDUSZU
SZKOLENIOWEGO NA KSZTAŁCENIE USTAWICZNE W 2021 ROKU**

(na podstawie art. 69a i art. 69b ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego)

W celu skorzystania ze środków KFS musi zostać spełniony jeden z priorytetów określonych przez Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii.

Priorytety MRPiT (postawić znak X w odpowiedniej kratce **wybierając wyłącznie jeden priorytet**):

- ☐ **priorytet nr 1:** wsparcie kształcenia ustawicznego osób zatrudnionych w firmach, które na skutek obostrzeń zapobiegających rozprzestrzenianiu się choroby COVID-19, musiały ograniczyć swoją działalność,
- ☐ **priorytet nr 2:** wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników służb medycznych, pracowników służb socjalnych, psychologów, terapeutów, pracowników domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych, prywatnych domów opieki oraz innych placówek dla seniorów/osób chorych/niepełnosprawnych, które bezpośrednio pracują z osobami chorymi na COVID-19 lub osobami z grupy ryzyka ciężkiego przebiegu tej choroby,
- ☐ **priorytet nr 3:** wsparcie zawodowego kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w powiecie pilskim zawodach deficytowych według „Barometru zawodów” (prognozy na 2021 r.), proszę wskazać nazwę zawodu.....
.....
- ☐ **priorytet nr 4:** wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45. roku życia,
- ☐ **priorytet nr 5:** wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem,
- ☐ **priorytet nr 6:** wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych technologii i narzędzi pracy, w tym także technologii i narzędzi cyfrowych,
- ☐ **priorytet nr 7:** wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które nie posiadają świadectwa ukończenia szkoły lub świadectwa dojrzałości,
- ☐ **priorytet nr 8:** wsparcie realizacji szkoleń dla instruktorów praktycznej nauki zawodu bądź osób mających zamiar podjęcia się tego zajęcia, opiekunów praktyk zawodowych i opiekunów stażu uczniowskiego oraz szkoleń branżowych dla nauczycieli kształcenia zawodowego.

Oświadczam, że na dzień składania wniosku (postawić znak X w odpowiedniej kratce):

- ☐ **jestem beneficjentem pomocy publicznej** – należy przez to rozumieć podmiot prowadzący działalność gospodarczą*, w tym podmiot prowadzący działalność w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, bez względu na formę organizacyjno – prawną oraz sposób finansowania,

UWAGA: Beneficjent pomocy publicznej załącza do wniosku formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.

- ☐ **nie jestem beneficjentem pomocy publicznej.**

* Działalność gospodarcza – należy przez to rozumieć działalność gospodarczą, do której mają zastosowanie reguły konkurencji określone w przepisach części trzeciej tytułu VI rozdziału 1 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską (Dz.Urz. UE 2006 C 321E). Działalność gospodarcza polega na oferowaniu towarów czy usług za odpłatnością, bez względu na to czy jest nastawiona na zysk, czy też nie. Obejmuje ona także działalność partnerów społecznych lub gospodarczych, czy też organizacji pozarządowych.

W prawie (UE) za przedsiębiorstwo uważa się podmiot prowadzący działalność gospodarczą bez względu na jego formę prawną. Z orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej wynika, że przez działalność gospodarczą należy rozumieć oferowanie towarów i usług na rynku, przy czym pojęcie to dotyczy zarówno działalności produkcyjnej, jak i dystrybucyjnej i usługowej. Nie jest istotne występowanie zarobkowego charakteru działalności, w związku z czym działalność gospodarczą, w rozumieniu unijnego prawa konkurencji, prowadzić mogą także podmioty typu non-profit (stowarzyszenia, fundacje). Nie ma również znaczenia jak dana działalność jest kwalifikowana w prawie krajowym oraz czy podmiot wpisany jest do krajowego rejestru przedsiębiorców lub ewidencji działalności gospodarczej.

I. DANE PRACODAWCY

1. Pełna nazwa pracodawcy

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

2. Adres siedziby pracodawcy

.....
.....

telefon:

e – mail:

3. Adres do korespondencji

4. Miejsce prowadzenia działalności

.....

5. Numer REGON.....

6. Numer NIP.....

7. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej (zgodnie z wpisem w odpowiednim rejestrze).....

.....

8. Numer KRS (w przypadku spółek handlowych i kapitałowych).....

9. Oznaczenie przeważającej działalności (symbol podklasy prowadzonej działalności określony zgodnie z PKD).....

10. Liczba zatrudnionych pracowników na dzień składania wniosku¹

11. Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby uprawnionej do reprezentowania pracodawcy i zaciągania zobowiązań umownych (zgodnie z dokumentem rejestrowym lub dołączonym pełnomocnictwem)

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

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

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

13. Nazwa banku oraz numer rachunku bankowego wnioskodawcy

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

¹Zatrudnienie 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.

14. Oświadczam, że na dzień składania wniosku jestem (postawić znak X w odpowiedniej kratce):

- ☐ 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 wchodzi: 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 wchodzi w skład personelu. Nie wlicza się okresu trwania urlopu macierzyńskiego ani wychowawczego.

II. 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.

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

KURS

- a) Dane dotyczące wybranego realizatora oraz uzasadnienie jego wyboru (należy odnieść się zwłaszcza do ceny kursu, 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. Na jedną osobę możliwe jest dofinansowanie jednego 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

☐ TAK

☐ NIE

W przypadku wnioskowania o kurs w formie on-line należy dodatkowo uzasadnić konieczność realizacji kursu w ww. formie.

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines, typical of primary school handwriting practice paper. The lines are evenly spaced and run across the entire width of the page. There are no margins, text, or other markings present.

STUDIA PODYPLOMOWE

- a) 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. Na jedną osobę możliwe jest dofinansowanie jednego 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

- b) 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 zgodności kompetencji nabywanych przez uczestników kształcenia ustawicznego z potrzebami rynku pracy w powiecie pilińskim określonym „Barometrem zawodów” (prognozą na 2021 rok).

[illegible]

EGZAMIN

- a) 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. Na jedną osobę możliwe jest dofinansowanie jednego egzaminu.**

Nazwa egzaminu:

Liczba godzin/dni egzaminu:

Nazwa i siedziba instytucji egzaminującej:

.....

NIP:REGON:

Uzasadnienie wyboru realizatora:

.....

.....

.....

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

☐ TAK (proszę wskazać podstawę prawną)

☐ NIE

- b) Szczegółowe uzasadnienie potrzeby odbycia egzaminu, 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 zgodności kompetencji nabywanych przez uczestników kształcenia ustawicznego z potrzebami rynku pracy w powiecie pilskim określonym „Barometrem zawodów” (prognozą na 2021 rok)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

BADANIA LEKARSKIE I/LUB PSYCHOLOGICZNE

WYMAGANE DO ROZPOCZĘCIA KURSU

- a) 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 ZWIĄZANE Z UDZIAŁEM W KURSIE

- a) 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

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 wnioskowana z KFS	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.													

Wyszczególnienie			Liczba pracodawców wg grup wiekowych				Liczba pracowników wg grup wiekowych:				Całkowita wysokość wydatków (100% kosztów)	Kwota wnioskowana z KFS	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 wnioskowana z KFS	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 wnioskowana z KFS	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 wnioskowana z KFS	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

Pouczona/-y o odpowiedzialności przewidzianej w art. 233 § 1 Kodeksu karnego za oświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy, oświadczam, że (proszę postawić znak X w odpowiedniej kratce):

1. ☐ Jestem / ☐ Nie jestem mikroprzedsiębiorcą;
2. ☐ Prowadzę działalność gospodarczą / ☐ Nie prowadzę działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej;
3. ☐ Spełniam warunki / ☐ Nie spełniam warunków / ☐ Nie dotyczy rozporządzenia 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, **ponieważ w ciągu ostatnich trzech lat podatkowych nie korzystałem ze środków pomocy przyznawanej podmiotom gospodarczym przekraczających kwotę 200 tysięcy euro, a w przypadku przedsiębiorcy prowadzącego działalność w zakresie drogowego transportu towarów – 100 tysięcy euro;**
4. ☐ Spełniam warunki / ☐ Nie spełniam / ☐ Nie dotyczy warunków rozporządzenia 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, ponieważ w ciągu ostatnich trzech lat podatkowych nie korzystałem ze środków pomocy przekraczających kwotę 15 tysięcy euro;**
5. ☐ Spełniam warunki / ☐ Nie spełniam / ☐ Nie dotyczy warunków rozporządzenia 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, ponieważ w ciągu ostatnich trzech lat podatkowych nie korzystałem ze środków pomocy przekraczających kwotę 30 tysięcy euro;**
6. Jestem pracodawcą w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks Pracy i mam świadomość konieczności zachowania tego statusu przez cały okres realizacji kształcenia ustawicznego finansowanego ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego;
7. 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;
8. Jestem świadoma/-y, że moi pracownicy, których kształcenie ustawiczne finansowane będzie ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego, powinni zachować status pracownika w mojej firmie przez cały okres realizacji kształcenia ustawicznego;
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 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000);

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. Oświadczam, że nie jestem powiązany osobowo lub kapitałowo z realizatorem usługi kształcenia. Przez powiązanie kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między pracodawcą lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu pracodawcy a usługodawcą, polegające w szczególności na: uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej, posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji, pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika, pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.
12. **Przyznanie środków 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;**
13. Jestem świadoma/-y obowiązku zawarcia z pracownikami, którym kształcenie ustawiczne finansowane będzie ze środków KFS umowy, o której mowa w art. 69b ust. 3 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
14. Jestem świadoma/-y, że kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego jest finansowane ze środków publicznych i w związku z tym podlega szczególnym zasadom rozliczenia;
15. Zapoznałam/-em 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;
16. Zapoznałam/-em się z „Kryteriami przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na kształcenie ustawiczne w 2021 roku”.
17. 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.
- Upředzona/-y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego potwierdzam prawdziwość powyższych danych 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 o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Pile

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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) informuje się, że:

1. Administrator danych:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest
Powiatowy Urząd Pracy w Pile, al. Niepodległości 24, 64-920 Pila.

2. Inspektor Ochrony Danych:

W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z pracownikiem pełniącym funkcję Inspektora Ochrony Danych, w następujący sposób:

- a) drogą elektroniczną: iod@pup.pila.pl.
- b) telefonicznie: 67 211-62 19,
- c) pisemnie: adres siedziby Administratora danych.

3. Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania danych osobowych.

Celem zbierania Pani/Pana danych osobowych jest realizacja obowiązków wynikających z przepisu prawa lub realizacja umowy, w związku z realizacją zadań wynikających z przepisów ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz art. 6 ust. 1 lit c RODO.

4. Odbiorcy danych osobowych:

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:

- a) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
- b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z Administratorem przetwarzają dane osobowe w szczególności z zakresu obsługi IT, operatorom pocztowym, itp.

5. Okres przechowywania danych osobowych:

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 3, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymagany przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa (dla osób bezrobotnych i poszukujących pracy przez okres 50 lat), zgodnie z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz z Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.

6. Prawa osób, których dane osobowe dotyczą:

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu prawo do żądania: dostępu do danych osobowych; otrzymania ich kopii; sprostowania, ograniczenia przetwarzania. Aby skorzystać z wyżej wymienionych praw, osoba, której dane dotyczą, powinna skontaktować się, wykorzystując podane dane kontaktowe, z administratorem i poinformować go, z którego prawa i w jakim zakresie chce skorzystać.

7. Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego:

W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Sawki 2, 00-193 Warszawa.

8. Informacja o wymogu dobrowolności podania danych oraz konsekwencjach niepodania danych osobowych:

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.

9. Państwa dane osobowe nie są i nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w celu podjęcia jakiegokolwiek decyzji, nie będą profilowane i nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy.

Przyjmuję do wiadomości:

(data i czytelny podpis/imię i nazwisko
wnioskodawcy/)

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

I. załączniki podstawowe:

- a) **pełnomocnictwo** określające jego zakres, podpisane przez osoby uprawnione do reprezentowania pracodawcy, w przypadku gdy pracodawcę reprezentuje pełnomocnik (oryginał lub kopia potwierdzona notarialnie lub za zgodność z oryginałem przez osobę/osoby uprawnione),
- b) **wzór dokumentu** potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawiany przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących,
- c) **kopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności**, potwierdzona za zgodność z oryginałem pieczęcią oraz podpisem pracodawcy/osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy – 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),
- d) **formularzem informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis** (według wzoru załączonego w ogłoszeniu o naborze),
- e) **załącznik nr 1 do wniosku** - zaświadczenie lub oświadczenie o pomocy de minimis;
Uwaga: na stronie Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów jest dostępna baza SUDOP w zakładce POMOC PUBLICZNA -> SPRAWOZDAWCZOŚĆ – > DANE O UDZIELONEJ POMOCY -> SUDOP. Za pośrednictwem ww. 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;
- f) **załącznik nr 2a i/lub 2b do wniosku** - program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu podpisany przez realizatora kształcenia ustawicznego,
- g) **załącznik nr 3 do wniosku** - oferta wybranego realizatora kształcenia podpisana przez realizatora kształcenia ustawicznego,
- h) **załącznik nr 4 do wniosku** – porównanie ceny wybranej oferty do ofert rynkowych,
- i) **załącznik nr 5 do wniosku** - wykaz osób, które mają zostać objęte działaniami w ramach KFS,
- j) **załącznik nr 6 do wniosku** - oświadczenie dot. planów dalszego zatrudnienia osób, które będą objęte kształceniem ustawicznym,
- k) **załącznik nr 7 do wniosku** - oświadczenie pracodawcy dotyczące działalności w zakresie transportu drogowego towarów – **wypełniają wyłącznie wnioskodawcy posiadający w CEiDG/KRS kod PKD 49.41.Z.**

II. załączniki potwierdzające spełnianie priorytetu:

- **załącznik A do wniosku** – oświadczenie pracodawcy o spełnianiu priorytetu nr 1 (wsparcie kształcenia ustawicznego osób zatrudnionych w firmach, które na skutek obostrzeń zapobiegających rozprzestrzenianiu się choroby COVID-19, musiały ograniczyć swoją działalność),
- **załącznik B do wniosku** – oświadczenie pracodawcy o spełnianiu priorytetu nr 2 (wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników służb medycznych, pracowników służb socjalnych, psychologów, terapeutów, pracowników domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych, prywatnych domów opieki oraz innych placówek dla seniorów/osób chorych/niepełnosprawnych, które bezpośrednio pracują z osobami chorymi na COVID-19 lub osobami z grupy ryzyka ciężkiego przebiegu tej choroby),
- **załącznik C do wniosku** – oświadczenie pracodawcy o spełnianiu priorytetu nr 3 (wsparcie zawodowego kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie zawodach deficytowych),
- **załącznik D do wniosku** – oświadczenie pracodawcy o spełnianiu priorytetu nr 4 (wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45. roku życia),
- **załącznik E do wniosku** – oświadczenie pracodawcy o spełnianiu priorytetu nr 5 (wsparcie kształcenia ustawicznego dla osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem),
- **załącznik F do wniosku** – oświadczenie pracodawcy o spełnianiu priorytetu nr 6 (wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych technologii i narzędzi pracy, w tym także technologii i narzędzi cyfrowych),
- **załącznik G do wniosku** – oświadczenie pracodawcy o spełnianiu priorytetu nr 7 (wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które nie posiadają świadectwa ukończenia szkoły lub świadectwa dojrzałości),
- **załącznik H do wniosku** – oświadczenie pracodawcy o spełnianiu priorytetu nr 8 (wsparcie realizacji szkoleń dla instruktorów praktycznej nauki zawodu bądź osób mających zamiar podjęcia się tego zajęcia, opiekunów praktyk zawodowych i opiekunów stażu uczniowskiego oraz szkoleń branżowych dla nauczycieli kształcenia zawodowego).

OŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS

(art. 37 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach
dotyczących pomocy publicznej)

Oświadczam, że (postawić znak X w odpowiedniej kratce):

- ☐ w okresie bieżącego roku kalendarzowego oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych **nie uzyskałem** pomocy publicznej *de minimis*,
- ☐ w okresie bieżącego roku kalendarzowego oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych **uzyskałem** pomoc publiczną *de minimis* 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 de minimis		

Zobowiązuję się do powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Pile oraz 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.

Oświadczenie składam uprzedzona/-y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego.

.....

/data, podpis i pieczęć
wnioskodawcy lub osoby uprawnionej
do reprezentowania wnioskodawcy/

* 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; wielkość otrzymanej pomocy można zweryfikować z informacjami zawartymi w ogólnodostępnej bazie SUDOP na stronie internetowej: sudop.uokik.gov.pl

PROGRAM
KURSU/ STUDIÓW PODYPLOMOWYCH*

1. Nazwa organizatora kursu/studiów podyplomowych:
.....
.....
2. Adres organizatora kursu/studiów podyplomowych:
.....
.....
3. Nazwa kursu/studiów podyplomowych:
.....
.....
4. Miejsce – adres zajęć teoretycznych, praktycznych kursu/studiów podyplomowych:
.....
.....
.....
5. Czas trwania i sposób organizacji kursu/studiów podyplomowych:
 - a) Forma realizacji zajęć:
 - ☐ stacjonarna,
 - ☐ on-line (dostępna wyłącznie w przypadku realizacji kursów);
 - b) Liczba godzin ogółem (dot. kursu);
zajęcia teoretyczne,
zajęcia praktyczne.....,
 - c) Termin kształcenia ustawicznego (dzień/miesiąc/rok) od -
do.....;
 - d) Liczba uczestników (zgłoszonych przez Pracodawcę) do odbycia kursu/studiów podyplomowych:.....;
 - e) Koszt osobogodziny:, koszt kształcenia na 1 osobę.....;
6. Wymagania wstępne dla uczestników:
 - a) Poziom wykształcenia
 - b) 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

7. Cel kursu/studiów podyplomowych:

.....
.....
.....,

8. Ramowy plan nauczania:

Lp.	Tematy zajęć edukacyjnych wraz z zagadnieniami
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

9. Nabyte kwalifikacje / rodzaj uprawnień / typ dokumentu potwierdzającego ukończenie kształcenia:

.....
.....
.....
.....,

.....
/pieczęć i podpis realizatora kursu/
studiów podyplomowych/

UWAGA: REALIZATOR KURSU/STUDIÓW PODYPLOMOWYCH ZOBOWIĄZANY JEST DO ZAPOZNANIA SIĘ I PODPISANIA KLAUZULI INFORMACYJNEJ O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH W POWIATOWYM URZĘDZIE PRACY W PILE ZNAJDUJĄCEJ SIĘ NA STRONIE 28-29 NINIEJSZEGO WNIOSKU.

ZAKRES EGZAMINU

1. Nazwa i adres instytucji egzaminującej:

.....
.....

2. Nazwa egzaminu:

.....
.....

3. Zakres egzaminu:

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

4. Liczba uczestników (zgłoszonych przez Pracodawcę):

5. Cena egzaminu za 1 osobę: zł

6. Planowana data egzaminu (dzień/miesiąc/rok):

7. Rodzaj dokumentu potwierdzającego zdanie egzaminu:

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

8. Doświadczenie instytucji egzaminującej w zakresie przeprowadzania egzaminu:

☐ TAK

☐ NIE

9. Instytucja egzaminująca posiada certyfikat jakości usług:

☐ TAK

☐ NIE

.....

/pieczęć i podpis realizatora egzaminu/

UWAGA: REALIZATOR EGZAMINU ZOBOWIĄZANY JEST DO ZAPOZNANIA SIĘ I PODPISANIA KLAUZULI INFORMACYJNEJ O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH W POWIATOWYM URZĘDZIE PRACY W PILE ZNAJDUJĄCEJ SIĘ NA STRONIE 28-29 NINIEJSZEGO WNIOSKU.

Oferta kształcenia ustawicznego

(wypełnia realizator kursu/studiów podyplomowych)

„ ”
/nazwa kursu/studiów podyplomowych/

**I. DANE DOTYCZĄCE REALIZATORA KURSU/STUDIÓW
PODYPLOMOWYCH**

1. Nazwa realizatora
2. Adres
tel. e-mail
3. NIP
4. Czy realizator kształcenia posiada aktualny (na rok bieżący) wpis do Rejestru
Instytucji Szkoleniowych?
☐ TAK (proszę podać nr wpisu)
☐ NIE
5. Czy realizator kształcenia posiada wpis do Bazy Usług Rozwojowych?
☐ TAK
☐ NIE
6. Czy realizator kształcenia posiada certyfikat jakości usług?
☐ TAK
☐ NIE
7. Czy realizator posiada doświadczenie w zakresie prowadzenia kształcenia we
wnioskowanym przez pracodawcę zakresie?
☐ TAK
☐ NIE

II. INFORMACJE DOTYCZĄCE KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO

1. Liczba uczestników zgłoszonych przez Pracodawcę -
2. Liczba godzin lub liczba dni (semestrów) kształcenia -
3. Czas trwania kształcenia ustawicznego - dni:
 - a) data rozpoczęcia kształcenia ustawicznego (dzień/miesiąc/rok)
 - b) data zakończenia kształcenia ustawicznego (dzień/miesiąc/rok)
4. Miejsce kształcenia ustawicznego:
5. Koszty kształcenia ustawicznego:
 - ogółem -
 - dla jednej osoby -
6. 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

UWAGA: REALIZATOR KURSU/STUDIÓW PODYPLOMOWYCH ZOBOWIĄZANY JEST DO ZAPOZNANIA SIĘ I PODPISANIA KLAUZULI INFORMACYJNEJ O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH W POWIATOWYM URZĘDZIE PRACY W PILE ZNAJDUJĄCEJ SIĘ NA STRONIE 28-29 NINIEJSZEGO WNIOSKU.

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Pile

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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) informuje się, że:

1. Administrator danych:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest
Powiatowy Urząd Pracy w Pile, al. Niepodległości 24, 64-920 Pila.

2. Inspektor Ochrony Danych:

W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z pracownikiem pełniącym funkcję Inspektora Ochrony Danych, w następujący sposób:

- a) drogą elektroniczną: iod@pup.pila.pl.
- b) telefonicznie: 67 211-62 19,
- c) pismem: adres siedziby Administratora danych.

3. Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania danych osobowych.

Celem zbierania Pani/Pana danych osobowych jest realizacja obowiązków wynikających z przepisu prawa lub realizacja umowy, w związku z realizacją zadań wynikających z przepisów ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz art. 6 ust. 1 lit c RODO.

4. Odbiorcy danych osobowych:

Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:

- a) organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
- b) inne podmioty, które na podstawie stosownych umów podpisanych z Administratorem przetwarzają dane osobowe w szczególności z zakresu obsługi IT, operatorom pocztowym, itp.

5. Okres przechowywania danych osobowych:

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 3, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa (dla osób bezrobotnych i poszukujących pracy przez okres 50 lat), zgodnie z ustawą z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach oraz z Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.

6. Prawa osób, których dane osobowe dotyczą:

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu prawo do żądania: dostępu do danych osobowych; otrzymania ich kopii; sprostowania, ograniczenia przetwarzania. Aby skorzystać z wyżej wymienionych praw, osoba, której dane dotyczą, powinna skontaktować się, wykorzystując podane dane kontaktowe, z administratorem i poinformować go, z którego prawa i w jakim zakresie chce skorzystać.

7. Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego:

W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Sawki 2, 00-193 Warszawa.

8. Informacja o wymogu dobrowolności podania danych oraz konsekwencjach niepodania danych osobowych:

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.

9. Państwa dane osobowe nie są i nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w celu podjęcia jakiegokolwiek decyzji, nie będą profilowane i nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy.

Przyjmuję do wiadomości:

(data i czytelny podpis/imię i nazwisko
realizatora kursu/studiów
podyplomowych/egzaminu)

Porównanie ofert rynkowych dotyczących planowanego kształcenia ustawicznego

Lp.	Wyszczególnienie	Oferta wybrana	Oferta II	Oferta III	Oferta IV	Oferta V
1.	Rodzaj i nazwa kształcenia ustawicznego:					
2.	Nazwa i adres realizatora kształcenia ustawicznego:					
3.	Planowany termin realizacji kształcenia ustawicznego (dzień/miesiąc/rok) od-do:					
4.	Cena kształcenia ustawicznego ogółem (za wszystkich uczestników):					
5.	Cena kształcenia ustawicznego w przeliczeniu na 1 osobę:					
6.	Liczba godzin kursu/liczba dni (semestrów) kształcenia ustawicznego:					

UWAGA: Jeżeli na rynku nie występuje konkurencja w zakresie wnioskowanego kształcenia ustawicznego – wnioskodawca winien złożyć stosowne oświadczenie o braku konkurencji.

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 wnioskodawcy/

Wykaz osób, które mają zostać objęte działaniami w ramach KFS

Lp.	Imię i nazwisko oraz oznaczenie priorytetu* (dla każdej z osób należy wybrać wyłącznie jeden priorytet)	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?*** **	Okres obowiązywania umowy o pracę (od...do... dzień/miesiąc/rok) Uwaga: dofinansowaniem z Krajowego Funduszu Szkoleniowego mogą zostać objęte wyłącznie osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę obowiązującej minimum do dnia zakończenia kształcenia oraz pracodawcy
1.								☐ TAK ☐ NIE	
2.								☐ TAK ☐ NIE	
3.								☐ TAK ☐ NIE	
4.								☐ TAK ☐ NIE	
5.								☐ TAK ☐ NIE	
6.								☐ TAK ☐ NIE	

.....
/data, podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy/

W przypadku o ubiegania się o dofinansowanie kształcenia dla większej liczby osób niż liczba wierszy powyżej, tabelę można powielić i dołączyć do wniosku.

* przy imieniu i nazwisku osoby proszę wskazać wyłącznie jedno numer wybranego priorytetu ze str.1 wniosku

** proszę wskazać jedną z form wnioskowanej pomocy: kurs, studia podyplomowe, egzamin, badania lekarskie i/lub psychologiczne, ubezpieczenie NNW

*** proszę wskazać jeden z następujących poziomów 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 osób objętych wsparciem, w tym:			
			Liczba pracodawców (wypełnić wyłącznie, jeżeli pracodawca ubiega się o dofinansowanie kształcenia ustawicznego dla siebie)		Liczba pracowników	
			razem	kobiety	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				
	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					

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

Uprzedzona/-y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego oświadczam, że od dnia zakończenia realizacji kształcenia ustawicznego zamierzam nadal zatrudniać pracownika/ów objętych ww. wsparciem (postawić znak X w odpowiedniej kratce):

☐ 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 (wyłącznie w przypadku kształcenia ustawicznego, w którym pracodawca sam zamierza wziąć udział) proszę opisać plany co do działania swojej firmy w przyszłości:

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

.....
/data, podpis i pieczęć
wnioskodawcy lub osoby uprawnionej
do reprezentowania wnioskodawcy/

.....
(pieczęć firmy)

....., dnia.....
(miejscowość i data)

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

**UWAGA: oświadczenie wypełniają wyłącznie wnioskodawcy posiadający
w CEiDG/KRS PKD 49.41.Z. transport drogowy towarów**

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego (Dz. U. z 1997, nr. 88, poz. 553) za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, że:

- działalność w zakresie transportu drogowego towarów (PKD 49.41.Z) prowadzona jest na potrzeby własne,
- w przypadku rozpoczęcia w przyszłości prowadzenia działalności w sektorze transportu pojazd zakupiony w ramach przyznanych środków nie będzie używany do działalności transportowej,
- w przypadku rozpoczęcia w przyszłości prowadzenia działalności w sektorze transportu zapewniona będzie rozdzielnosc rachunkowa uniemożliwiająca przeniesienie na działalność w sektorze drogowego transportu towarów korzyści wynikających z uzyskanej pomocy de minimis.

.....
/ podpis wnioskodawcy lub osoby
uprawnionej do reprezentowania
wnioskodawcy/

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY
O SPEŁNIANIU PRIORYTETU NR 1**

(wsparcie kształcenia ustawicznego osób zatrudnionych w firmach, które na skutek obostrzeń zapobiegających rozprzestrzenianiu się choroby COVID-19, musiały ograniczyć swoją działalność)

Upředzona/-y o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego oświadczam, że na firmę (proszę podać pełną nazwę firmy):

.....
.....

zostały nałożone ograniczenia, nakazy i zakazy w zakresie prowadzonej działalności gospodarczej ustanowione w związku z wystąpieniem stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 46a i 46b pkt 1-6 i 8-12 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2020 roku poz. 1845 i 2112).

Podstawa prawna ograniczenia, nakazu, zakazu	Okres ograniczenia, nakazu, zakazu

W związku z powyższym występuje konieczność nabycia nowych (postawić znak X w odpowiedniej kratce):

- ☐ UMIEJĘTNOŚCI
- ☐ KWALIFIKACJI

z uwagi na (postawić znak X w odpowiedniej kratce):

- ☐ ROZSZERZENIE DZIAŁALNOŚCI FIRMY
- ☐ PRZEKWALIFIKOWANIE OBSZARU DZIAŁALNOŚCI FIRMY

.....
/data, podpis i pieczęć
wnioskodawcy lub osoby uprawnionej
do reprezentowania wnioskodawcy/

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY
O SPEŁNIANIU PRIORYTETU NR 2**

(wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników służb medycznych, pracowników służb socjalnych, psychologów, terapeutów, pracowników domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych, prywatnych domów opieki oraz innych placówek dla seniorów/osób chorych/niepełnosprawnych, które bezpośrednio pracują z osobami chorymi na COVID-19 lub osobami z grupy ryzyka ciężkiego przebiegu tej choroby)

Upředzona/-y o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego oświadczam, że pracownik/-cy

(proszę podać pełną nazwę firmy):

.....
.....

wskazani do objęcia kształceniem ustawicznym w ramach priorytetu nr 2, pracują bezpośrednio z osobami chorymi na COVID-19 lub osobami z grupy ryzyka ciężkiego przebiegu tej choroby.

Lp.	Imię i nazwisko pracownika	Wykonywany zawód
1.		☐ pracownik służb medycznych, ☐ pracownik służb socjalnych, ☐ psycholog, ☐ terapeuta, ☐ pracownik domu pomocy społecznej, ☐ pracownik zakładu opiekuńczo-leczniczego, ☐ pracownik prywatnego domu opieki ☐ pracownik innej placówki dla seniorów/osób chorych/niepełnosprawnych, które bezpośrednio pracują z osobami chorymi na COVID-19 lub osobami z grupy ryzyka ciężkiego przebiegu tej choroby
2.		☐ pracownik służb medycznych, ☐ pracownik służb socjalnych, ☐ psycholog, ☐ terapeuta, ☐ pracownik domu pomocy społecznej, ☐ pracownik zakładu opiekuńczo-leczniczego, ☐ pracownik prywatnego domu opieki ☐ pracownik innej placówki dla seniorów/osób chorych/niepełnosprawnych, które bezpośrednio pracują z osobami chorymi na COVID-19 lub osobami z grupy ryzyka ciężkiego przebiegu tej choroby

.....
 /data, podpis i pieczęć
 wnioskodawcy lub osoby uprawnionej
 do reprezentowania wnioskodawcy/

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY
O SPEŁNIANIU PRIORYTETU NR 3**

(wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w powiecie pільskim zawodach deficytowych)

Upředzona/-y o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego oświadczam, że pracownik/-cy

(proszę podać pełną nazwę firmy):

.....
.....

wskazani do objęcia kształceniem ustawicznym w ramach priorytetu nr 3 będą realizować kształcenie we wskazanych we wniosku zawodach deficytowych – zgodnych z „Barometrem zawodów (prognozą na 2021 rok)” dla powiatu pільskiego.

.....

/data, podpis i pieczęć
wnioskodawcy lub osoby uprawnionej
do reprezentowania wnioskodawcy/

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY
O SPEŁNIANIU PRIORYTETU NR 4**

(wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45. roku życia)

Uprzedzona/-y o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego oświadczam, że pracownik/-cy
(proszę podać pełną nazwę firmy):

.....
.....

wskazani do objęcia kształceniem ustawicznym w ramach priorytetu nr 4 ukończyli 45 rok życia według
stanu na dzień złożenia wniosku o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na kształcenie
ustawiczne w 2021 roku.

.....
/data, podpis i pieczęć
wnioskodawcy lub osoby uprawnionej
do reprezentowania wnioskodawcy/

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY
O SPEŁNIANIU PRIORYTETU NR 5**

(wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem)

Uprzedzona/-y o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego oświadczam, że pracownik/-cy
(proszę podać pełną nazwę firmy):

.....
.....

wskazani do objęcia kształceniem ustawicznym w ramach priorytetu nr 5 w ciągu jednego roku przed datą
złożenia wniosku o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na kształcenie ustawiczne
w 2021 roku, podjęły pracę po przerwie spowodowanej sprawowaniem opieki nad dzieckiem.

.....
/data, podpis i pieczęć
wnioskodawcy lub osoby uprawnionej
do reprezentowania wnioskodawcy/

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY
O SPEŁNIANIU PRIORYTETU NR 6**

(wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmie nowych technologii i narzędzi pracy,
w tym także technologii i narzędzi cyfrowych)

Upředzona/-y o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego oświadczam, że pracownik/-cy

(proszę podać pełną nazwę firmy):

.....
.....

wskazani do objęcia kształceniem ustawicznym w ramach priorytetu nr 6 będą wykonywać nowe zadania
związane z (zaznaczyć właściwe):

- ☐ WPROWADZONYMI
☐ PLANOWANYMI DO WPROWADZENIA

zmianami według poniższej tabeli:

Lp.	Imię i nazwisko uczestnika kształcenia ustawicznego	Nowe zadania związane z wprowadzonymi lub planowanymi do wprowadzenia zmianami	Dokumenty wskazujące, że w ciągu <u>jednego roku przed złożeniem wniosku</u> <u>bądź w ciągu trzech miesięcy po jego złożeniu</u> zostały/zostaną zakupione nowe maszyny i narzędzia, bądź będą wdrożone nowe technologie i systemy (stosowne dokumenty należy załączyć do oświadczenia)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

.....

/data, podpis i pieczęć
wnioskodawcy lub osoby uprawnionej
do reprezentowania wnioskodawcy/

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY
O SPEŁNIANIU PRIORYTETU NR 7**

(wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które nie posiadają świadectwa ukończenia szkoły lub świadectwa dojrzałości)

Upředzona/-y o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego oświadczam, że pracownik/-cy
(proszę podać pełną nazwę firmy):

.....
.....

wskazani do objęcia kształceniem ustawicznym w ramach priorytetu nr 7 (zaznaczyć właściwe):

Lp.	Imię i nazwisko uczestnika kształcenia ustawicznego	Proszę postawić znak „X” w odpowiedniej rubryce
1.		☐ Nie posiadają świadectwa ukończenia szkoły ☐ Nie posiadają świadectwa dojrzałości
2.		☐ Nie posiadają świadectwa ukończenia szkoły ☐ Nie posiadają świadectwa dojrzałości
3.		☐ Nie posiadają świadectwa ukończenia szkoły ☐ Nie posiadają świadectwa dojrzałości
4.		☐ Nie posiadają świadectwa ukończenia szkoły ☐ Nie posiadają świadectwa dojrzałości

.....
/data, podpis i pieczęć
wnioskodawcy lub osoby uprawnionej
do reprezentowania wnioskodawcy/

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY
O SPEŁNIANIU PRIORYTETU NR 8**

(wsparcie realizacji szkoleń dla instruktorów praktycznej nauki zawodu bądź osób mających zamiar podjęcia się tego zajęcia, opiekunów praktyk zawodowych i opiekunów stażu uczniowskiego oraz szkoleń branżowych dla nauczycieli kształcenia zawodowego)

Upředzona/-y o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego oświadczam, że pracownik/-cy

(proszę podać pełną nazwę firmy):

.....
.....

wskazani do objęcia kształceniem ustawicznym w ramach priorytetu nr 8 będą uczestniczyć w poniższej formie wsparcia:

Lp.	Forma wsparcia	Imię i nazwisko uczestnika kształcenia ustawicznego
1.	Obowiązkowe szkolenie branżowe nauczycieli teoretycznych przedmiotów zawodowych i nauczycieli praktycznej nauki zawodu zatrudnionych w publicznych szkołach prowadzących kształcenie zawodowe oraz w publicznych placówkach kształcenia ustawicznego i w publicznych centrach kształcenia zawodowego – prowadzonych zarówno przez jednostki samorządu terytorialnego jak również przez osoby fizyczne i osoby prawne niebędące jednostkami samorządu terytorialnego	
2.	Kształcenie osób, którym powierzono obowiązki instruktorów praktycznej nauki zawodu lub deklarujących chęć podjęcia się takiego zajęcia, opiekunów praktyk zawodowych i opiekunów stażu uczniowskiego – <u>grupę tę stanowią pracodawcy lub pracownicy podmiotów przyjmujących uczniów na staż bądź osoby prowadzące indywidualne gospodarstwo rolne</u>	

Definicja stażu uczniowskiego wskazana w art. 121a ust. 1 i ust. 21 ustawy Prawo Oświatowe z dnia 14 grudnia 2016 r. określa go jako staż w rzeczywistych warunkach pracy jaki w celu uzyskiwania doświadczenia i nabywania umiejętności praktycznych niezbędnych do wykonywania pracy w zawodzie, w którym kształcą się, mogą w okresie nauki odbywać uczniowie technikum i uczniowie branżowej szkoły I stopnia niebędący młodocianymi pracownikami. W czasie odbywania stażu uczniowskiego opiekę nad uczniem sprawuje wyznaczony przez podmiot przyjmujący na staż uczniowski opiekun stażu uczniowskiego.

Rozporządzenie MEN z 22 lutego 2019 roku w sprawie praktycznej nauki zawodu w § 11 ust. 1 określa, że praktyki zawodowe organizowane u pracodawców lub w indywidualnych gospodarstwach rolnych są prowadzone pod kierunkiem opiekunów praktyk zawodowych, którymi mogą być pracodawcy lub wyznaczeni przez nich pracownicy albo osoby prowadzące indywidualne gospodarstwa rolne.

.....
/data, podpis i pieczęć
wnioskodawcy lub osoby uprawnionej
do reprezentowania wnioskodawcy/