

....., dnia

.....
/pieczętka firmowa pracodawcy/

Powiatowy Urząd Pracy
w Pile

**WNIOSEK
O PRYZNANIE ŚRODKÓW Z KRAJOWEGO FUNDUSZU
SZKOLENIOWEGO NA KSZTAŁCENIE USTAWICZNE W 2024 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 Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Priorytety MRPiPS (postawić znak X w odpowiedniej kratce **wybierając właściwy priorytet**):

- priorytet nr 1:** Wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy.
- priorytet nr 2:** Wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w powiecie piłskim zawodach deficytowych według „Barometru zawodów” (prognozy na 2024 r.), proszę wskazać nazwę zawodu.....
.....
- priorytet nr 3:** Wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem oraz osób będących członkami rodzin wielodzietnych.
- priorytet nr 4:** Wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie umiejętności cyfrowych.
- priorytet nr 5:** Wsparcie kształcenia ustawicznego osób pracujących w branży motoryzacyjnej.
- priorytet nr 6:** Wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia.
- priorytet nr 7:** Wsparcie kształcenia ustawicznego skierowane do pracodawców zatrudniających cudzoziemców.
- priorytet nr 8:** Wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie zarządzania finansami i zapobieganie sytuacjom kryzysowym w przedsiębiorstwach.

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.

II. DANE DOTYCZĄCE WYSOKOŚCI WNIOSKOWANEGO WSPARCIA

1. Całkowita wartość planowanych działań kształcenia ustawicznegozł, z tego:

- kwota wnioskowana z KFS:zł
(słownie:zł);
- kwota wkładu własnego (nie dotyczy mikroprzedsiębiorców)*:zł
(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 i potrzeby jego odbycia.

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.**

Nazwa kursu:

.....

Liczba godzin kursu:.....

Nazwa i siedziba realizatora:

.....

NIP:REGON:

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

.....

.....

.....

w tym uwzględnienie:

- Ceny kursu :

.....

.....

.....

- Jakości oferowanego programu kształcenia :

.....

.....

.....

- Doświadczenia instytucji szkoleniowej :

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

- Doświadczenia kadry dydaktycznej

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

- Bazy dydaktycznej

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

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

b) **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 zgodności kompetencji nabywanych przez uczestników kształcenia ustawicznego z potrzebami rynku pracy w powiecie pilskim określonym „Barometrem zawodów” (prognozą na 2024 rok). Ponadto należy wykazać, że posiadanie konkretnych umiejętności, wiedzy, które objęte są tematyką wnioskowanego kursu, **jest powiązane z pracą wykonywaną przez osobę, która ma być objęta ww. formą wsparcia.**

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

Uzasadnienie szczegółowe należy podać odrębnie dla każdego wnioskowanego kursu.

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

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.**

Nazwa egzaminu:

Liczba godzin/dni egzaminu:.....

Nazwa i siedziba instytucji egzaminującej:

.....

NIP:REGON:

Uzasadnienie wyboru realizatora:

.....

.....

.....

w tym uwzględnienie:

- Ceny egzaminu:

.....

.....

.....

- Doświadczenia instytucji egzaminującej:

.....

.....

.....

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 2024 rok). Ponadto należy wykazać, że posiadanie konkretnych umiejętności, wiedzy, które objęte są tematyką wnioskowanego egzaminu, **jest powiązane z pracą wykonywaną przez osobę, która ma być objęta ww. formą wsparcia.**

Uzasadnienie szczegółowe należy podać odrębnie dla każdego wnioskowanego egzaminu.

.....

.....

.....

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

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):

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

w tym uwzględnienie:

- Ceny badań lekarskich i/lub psychologicznych

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

- Doświadczenia

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

- Konkurencyjności 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):

.....

.....

.....

w tym uwzględnienie:

- Ceny polisy

.....

.....

.....

- Doświadczenia

.....

.....

.....

- Pozycji ubezpieczyciela

.....

.....

.....

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) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis, **ponieważ w ciągu trzech minionych lat nie korzystałem ze środków pomocy przyznawanej podmiotom gospodarczym przekraczających kwotę 300 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 bieżącym roku i dwóch latach podatkowych go poprzedzających nie korzystałem ze środków pomocy przekraczających kwotę 20/25 tysięcy euro;**
5. Spełniam warunki / Nie spełniam / Nie dotyczy warunków rozporządzenia 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, ponieważ w bieżącym roku i dwóch latach podatkowych go poprzedzających 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, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych;
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 współnik 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. 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;
15. Zapoznałam/-em się z obowiązującymi w powiecie pilińskim „Kryteriami przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na kształcenie ustawiczne w 2024 roku”.
16. Oświadczam, że pracownicy wskazani w wykazie osób, którzy mają zostać objęci działaniami w ramach KFS, nie są: moim współmałżonkiem oraz osobami będącymi w bliskim pokrewieństwie (dziecko, rodzice, rodzeństwo) prowadzącymi wspólnie gospodarstwo domowe.
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.
18. Jestem / nie jestem objęty sankcjami, o których mowa w ustawie z 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 r. poz. 835).
19. Jestem / nie jestem powiązany z podmiotem objętym sankcjami, o których mowa w ustawie z 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 r. poz. 835).

Upředzona/-y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego potwierdzam prawdziwość powyższych danych własnoręcznym podpisem.

.....
miejsowość, 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, aleja Niepodległości 24, 64-920 Pila.

2. Inspektor Ochrony Danych:

W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, Krzysztof Ślósarski kontakt: aks.krzysztof@gmail.com.

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
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) **formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis** (według wzoru załączonego w ogłoszeniu o naborze) / **formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie** (jeżeli pracodawca prowadzi działalność w sektorze rolnym lub rybołówstwa – wzór formularza informacji składanych przez podmioty publikowany jest w Dz. U. Nr 121, poz. 810).
 - e) **załącznik nr 1 lub 1A do wniosku** – oświadczenie o pomocy de minimis lub oświadczenie o pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.
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,

II. załączniki potwierdzające spełnianie priorytetu:

- **załącznik A do wniosku** – oświadczenie pracodawcy o spełnianiu priorytetu nr 1 (wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy),
- **załącznik B do wniosku** - oświadczenie pracodawcy o spełnianiu priorytetu nr 2 (wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w powiecie pilskim zawodach deficytowych według „Barometru zawodów” – prognozy na 2024 rok),
- **załącznik C do wniosku** – oświadczenie pracodawcy o spełnianiu priorytetu nr 3 (wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem oraz osób będących członkami rodzin wielodzietnych),
- **załącznik D do wniosku** - oświadczenie pracodawcy o spełnianiu priorytetu nr 4 (wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie umiejętności cyfrowych),
- **załącznik E do wniosku** - oświadczenie pracodawcy o spełnianiu priorytetu nr 4 (wsparcie kształcenia ustawicznego osób pracujących w branży motoryzacyjnej),
- **załącznik F do wniosku** - oświadczenie pracodawcy o spełnianiu priorytetu nr 6 (wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia),
- **załącznik G do wniosku** - oświadczenie pracodawcy o spełnianiu priorytetu nr 7 (wsparcie kształcenia ustawicznego skierowane do pracodawców zatrudniających cudzoziemców),
- **załącznik H do wniosku** - oświadczenie pracodawcy o spełnianiu priorytetu nr 8 (wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie zarządzania finansami i zapobieganie sytuacjom kryzysowym w przedsiębiorstwach).

OŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS

- nie dotyczy podmiotów ubiegających się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie

(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 3 minionych lat* **nie uzyskałem/-liśmy** pomocy publicznej *de minimis*,
- w okresie 3 minionych lat* **uzyskałem/-liśmy** 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/

* tzn. 3 lat wstecz (czyli 36 miesięcy) od dnia złożenia niniejszego wniosku o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na kształcenie ustawiczne w 2024 roku

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

OŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS W ROLNICTWIE LUB RYBOŁÓWSTAWIE

(art. 37 ust. 1 i 2 ustawy z 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/-liśmy** pomocy publicznej *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie,
- w okresie bieżącego roku kalendarzowego oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych **uzyskałem/-liśmy** pomoc publiczną *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 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 powinny 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

**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:.....;
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.	

9. Nabyte kompetencje/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 29-30 NINIEJSZEGO WNIOSKU.

ZAKRES EGZAMINU

1. Nazwa i adres instytucji egzaminującej:

.....
.....

2. Nazwa egzaminu:

.....

Zakres egzaminu:

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

3. Liczba uczestników (zgłoszonych przez Pracodawcę):

4. Całkowity koszt egzaminu: zł z podziałem na:

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 29-30 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:.....zł, w tym:
- wydatki związane z personelem (wynagrodzenie wykładowcy/instruktora):
..... zł,
 - koszt sal wykładowych (własnych lub wynajętych) zł,
 - materiały dydaktyczne: zł,
 - koszt egzaminów: zł
 - inne wydatki np. koszty administracyjne:zł.
 - zysk instytucji zł
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 29-30 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, aleja Niepodległości 24, 64-920 Pila.

2. Inspektor Ochrony Danych:

W sprawach związanych z Pani/Pana danymi można się kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych, Krzysztof Ślósarski kontakt: aks.krzysztof@gmail.com.

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 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.

.....
/miejsowość, 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 <u>umowy o pracę</u> (od...do.... dzień/miesiąc/rok) Uwaga: dofinansowaniem z Krajowego Funduszu Szkoleniowego mogą zostać objęte wyłącznie osoby zatrudnione <u>na podstawie umowy o pracę obowiązującej minimum do dnia zakończenia kształcenia</u> oraz pracodawcy
1.								<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
2.								<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
3.								<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
4.								<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
5.								<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
6.								<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> 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 jeden 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 <small>(wypełnić wyłącznie, jeżeli pracodawca ubiega się o dofinansowanie kształcenia ustawicznego dla siebie)</small>		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/

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O SPEŁNIANIU PRIORYTETU NR 1

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

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 1: będą wykonywać nowe zadania związane z (zaznaczyć właściwe):

- WPROWADZONYMI
 PLANOWANYMI DO WPROWADZENIA

zmianami według poniższej tabeli:

L.p.	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 zostały/będą wdrożone nowe procesy, technologie i systemy (stosowne dokumenty należy załączyć do oświadczenia)
1.			
2.			

Oświadczam, że osoba/-y objęte kształceniem spełnia/-ją warunki w/w priorytetu.

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

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY
O SPEŁNIANIU PRIORYTETU NR 2**

(wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w powiecie pilskim zawodach deficytowych według „Barometru zawodów” - prognozy na 2024 rok),

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

.....
.....

oświadczam, że pracownik/-cy wskazani do objęcia kształceniem ustawicznym w ramach priorytetu nr 2 będą realizować kształcenie we wskazanych we wniosku zawodach deficytowych – zgodnych z „Barometrem zawodów” (prognozą na 2024 rok) dla powiatu pilskiego.

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

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY
O SPEŁNIANIU PRIORYTETU NR 3**

(wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem oraz osób będących członkami rodzin wielodzietnych)

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

że pracownik/-cy (proszę podać pełną nazwę firmy):

.....
.....

- wskazany/i do objęcia kształceniem ustawicznym w ramach priorytetu nr 3 jest/są członkiem/ami rodzin wielodzietnych, który/zy na dzień złożenia wniosku posiada/ją Kartę Dużej Rodziny bądź spełnia/ją warunki jej posiadania*
- wskazany/i do objęcia kształceniem ustawicznym w ramach priorytetu nr 3 w ciągu jednego roku przed datą złożenia wniosku o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na kształcenie ustawiczne w 2024 roku, podjął/podjęli pracę po przerwie spowodowanej sprawowaniem opieki nad dzieckiem*.

Oświadczam, że osoba/-y objęte kształceniem spełnia/-ją warunki w/w priorytetu.

*(zaznaczyć właściwe)

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

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY
O SPEŁNIANIU PRIORYTETU NR 4**

(wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie umiejętności cyfrowych)

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

.....
.....

oświadczam, że osoba/-y objęte kształceniem oraz moja firma spełnia/ją warunki priorytetu nr 4: wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie umiejętności cyfrowych.

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

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY
O SPEŁNIANIU PRIORYTETU NR 5**

(wsparcie kształcenia ustawicznego osób pracujących w branży motoryzacyjnej)

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

.....
.....

oświadczam, że pracownik/-cy wskazany/i do objęcia kształceniem ustawicznym w ramach w/w priorytetu spełnia/ją warunki dot. wsparcia kształcenia ustawicznego osób pracujących w branży motoryzacyjnej oraz że posiadam jako przeważający kod PKD prowadzonej działalności gospodarczej, kod wskazany w kryteriach przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na kształcenie ustawiczne w 2024 r. w ramach priorytetu nr 5, tj.:

.....

(proszę wskazać kod PKD)

.....

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

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY
O SPEŁNIANIU PRIORYTETU NR 6**

(wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia)

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

.....
.....

oświadczam, że pracownik/-cy wskazany/i do objęcia kształceniem ustawicznym w ramach priorytetu nr 6 ukończył/li 45 rok życia według stanu na dzień złożenia wniosku o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na kształcenie ustawiczne w 2024 roku.

Oświadczam, że osoba/-y objęte kształceniem spełnia/-ją warunki w/w priorytetu.

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

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY
O SPEŁNIANIU PRIORYTETU NR 7**

(wsparcie kształcenia ustawicznego skierowane do pracodawców zatrudniających cudzoziemców)

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

.....
.....

oświadczam, że osoba/-y objęte kształceniem oraz moja firma spełnia/ją warunki priorytetu nr 7: wsparcie kształcenia ustawicznego skierowane do pracodawców zatrudniających cudzoziemców.

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

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY
O SPEŁNIANIU PRIORYTETU NR 8**

(wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie zarządzania finansami i zapobieganie sytuacjom kryzysowym w przedsiębiorstwach)

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

.....
.....

oświadczam, że osoba/-y objęte kształceniem oraz moja firma spełnia/ją warunki priorytetu nr 8: wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie zarządzania finansami i zapobieganie sytuacjom kryzysowym w przedsiębiorstwach.

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