miejscowość, data ………………..…………………

**Urząd Pracy Powiatu Olsztyńskiego**

**KRAJOWY FUNDUSZ SZKOLENIOWY**

**Wniosek o dofinansowanie kształcenia ustawicznego z rezerwy KFS**

podstawa prawna: art. 69 a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 r. poz.475) rozporządzenie MPiPS z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018 r., poz. 117).

DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY:

1. Nazwa i adres siedziby Pracodawcy ....................................................................................................................................................

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

tel. tel. kom.

e-mail ..............................................................................................

adres skrzynki do e-doręczeń (jeżeli posiada) ..................................................................................................

NIP ---, REGON , PKD\*

\*przeważajace PKD

nazwa banku i numer konta ...............................................................................................................................................................

nr

*(należy wskazać bieżący rachunek firmy – nieoprocentowan*y)

Miejsce prowadzenia działalności pracodawcy ....................................................................................................................................................

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

Miejsce wykonywania pracy osób wskazanych do kształcenia ustawicznego ....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................  
DANE DODATKOWE W PRZYPADKU OSÓB FIZYCZNYCH PROWADZĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ POSIADAJĄCYCH WPIS DO CEIDG:

ADRES ZAMIESZKANIA:...................................................................................................................................

PESEL

2. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności ....................................................................................................................................................

(np. jednoosobowa działalność gospodarcza, spółka cywilna, spółka z. o.o. itp.)

3. Rodzaj prowadzonej działalności .................................................................................................................................................

data rozpoczęcia --

4. Stan zatrudnienia u pracodawcy na dzień składania wniosku tj. .................................. (wpisać datę złożenia wniosku)  
w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w ramach umowy o pracę wynosi .................. osób, tj. ................. etat/etatów.

5. Dane osoby upoważnionej do kontaktu z Urzędem ze strony pracodawcy:

Imię i nazwisko ………………………………………………….

Telefon …………………………………………………………

Fax ……………………………………… e-mail ……………………………………

**INFORMACJE DOTYCZĄCE WSPARCIA Z REZERWY KFS**

1. **Wnioskowana forma kształcenia ustawicznego** ………………………………..........................................................................................................

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

*(np. kurs, studia podyplomowe, egzaminy, badania lekarskie/psychologiczne, ubezpieczenie NNW itp.* ***wraz z nazwą szkoleń/studiów podyplomowych/egzaminów****)*

1. **W 2024 roku w ramach środków z rezerwy KFS możliwe jest sfinansowanie kosztu kształcenia:**

* **w 80% kosztów kształcenia ustawicznego, nie więcej jednak niż 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika (w przypadku małych, dużych i średnich firm);**
* **w 100% kosztów kształcenia ustawicznego – jeśli wnioskodawca jest mikroprzedsiębiorcą, nie więcej jednak niż 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika**

**Do kosztów kształcenia na osobę zalicza się koszty: kursów i studiów podyplomowych, egzaminów umożliwiających uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych, badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu, ubezpieczenie NNW.**

**Jeśli cena kursu jest wyższa od ww. kwoty – koszty powyżej tego limitu nie będą finansowane z rezerwy KFS.**

1. **Całkowita wartość planowanych działań kształcenia ustawicznego netto (bez VAT): ……………………………… zł**

w tym:

* **kwota wnioskowana z rezerwy KFS**: ……………………..… **zł netto (bez VAT)** (słownie) ……………………………………………………………………………………………………………………………………

**80% powyższej kwoty na jednego uczestnika,**

**100% powyższej kwoty na jednego uczestnika jeśli pracodawca należy do grupy mikroprzedsiębiorców.**

* **kwota wkładu własnego**: ……………………..… zł (słownie) ……………………………………………..……

**NIE NALEŻY UWZGLĘDNIAĆ W KOSZCIE KSZTAŁCENIA KOSZTÓW WYŻYWIENIA, ZAKWATEROWANIA I DOJAZDU.**

1. **Liczba skierowanych osób, zgodnie z priorytetami na 2024 rok:**

**PRIORYTET A)** - wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników Centrów Integracji Społecznej, Klubów Integracji Społecznej, Warsztatów Terapii Zajęciowej, Zakładów Aktywności Zawodowej, członków lub pracowników spółdzielni socjalnych oraz pracowników zatrudnionych w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego wskazanych na liście/rejestrze przedsiębiorstw społecznych prowadzonym przez MRPiPS ……………… (liczba osób).

**UZASADNIENIE kształcenia ustawicznego pracodawcy/pracowników przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy *(jeśli dotyczy)*:**

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

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

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

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

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

***UWAGA:*** *Pracodawcy zamierzający skorzystać z tego priorytetu powinni wykazać, że współfinansowane ze środków rezerwy KFS działania zmierzające do podniesienia kompetencji pracowników związane są z ich zadaniami realizowanymi w CIS, KIS, WTZ, ZAZ, przedsiębiorstwie społecznym lub spółdzielni socjalnej*. *Ze środków w ramach tego priorytetu korzystać mogą wszyscy pracownicy przedsiębiorstw społecznych i ZAZ oraz pracownicy i członkowie spółdzielni socjalnych.*

**PRIORYTET B)** Wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności ……………….. liczba osób.

**UZASADNIENIE kształcenia ustawicznego pracodawcy/pracowników przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy *(jeśli dotyczy)*:**

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

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

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

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

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

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

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

*……………………………………………………………………………………………………………………………………..*

***UWAGA:*** *Pracodawca powinien przedstawić oświadczenie lub dokument o posiadaniu przez kandydata na szkolenie orzeczenia o niepełnosprawności.*

**PRIORYTET C)** Wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które mogą udokumentować wykonywanie przez co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, a którym nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej ……... (liczba osób)

**UZASADNIENIE kształcenia ustawicznego pracodawcy/pracowników przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy *(jeśli dotyczy)*:**

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

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

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

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

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

***UWAGA:*** *Wykaz prac w szczególnych warunkach stanowi załącznik nr 1, a prac o szczególnym charakterze - załącznik nr 2 do ustawy z dnia 19 grudnia 2008 roku o emeryturach pomostowych.*

**PRIORYTET D)** - Wsparcie kształcenia ustawicznego w obszarach/branżach kluczowych dla rozwoju powiatu/województwa wskazanych w dokumentach strategicznych/planach rozwoju ………… (liczba osób).

**UZASADNIENIE kształcenia ustawicznego pracodawcy/pracowników przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy *(jeśli dotyczy)*:**

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

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

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

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

***UWAGA:*** *Pracodawca chcący skorzystać z dofinansowania w ramach tego priorytetu powinien wykazać, że jego przeważająca działalność w dokumencie rejestrowym firmy (wypis z KRS/ wpis do CEiDG) znajduje się w grupie poniższych branż istotnych dla powiatu olsztyńskiego (wg stanu na 30.04.2024 r.):*

1. ***turystyczna*** *(hotelarstwo, gastronomia, kultura);*
2. ***rolno-spożywcza*** *(produkcja i przetwórstwo);*
3. ***transport, spedycja, logistyka****.*
4. **Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osób, które będą objęte kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków z rezerwy KFS po jego zakończeniu**

***(proszę podkreślić i skomentować odpowiedź TAK lub podkreślić NIE)***

**Tak – jakie:**

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

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

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

**Nie**

1. **Informacja na temat planów, co do działania firmy w przyszłości (rozwój, zmiana lub rozszerzenie profilu działalności itp.) po zakończonym kształceniu**

***(proszę podkreślić i skomentować odpowiedź TAK lub podkreślić NIE)***

**Tak – jakie:**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Nie**

………………………………………

czytelny podpis pracodawcy/osoby upoważnionej

do reprezentowania pracodawcy lub pieczątka imienna z parafką

***W poniższej tabeli należy wskazać nazwy kształcenia ustawicznego i koszty dla każdego pracownika/pracodawcy***

1. **Zestawienie wydatków na kształcenie ustawiczne i informacje o uczestnikach kształcenia ustawicznego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMA KSZTAŁCENIA** | **Liczba pracowników/**  **pracodawca** | **Nazwa kształcenia** | **Aktualnie wykonywany zawód/nazwa stanowiska osoby wskazanej do kształcenia** | **TERMIN REALIZACJI WSKAZANYCH DZIAŁAŃ**  **(od… do…) / LICZBA GODZIN** | **PRIORYTET (wpisać właściwy od A do D)** | **CAŁKOWITY KOSZT NETTO KSZTAŁCENIANA JEDNEGO UCZESTNI-KA** | **LICZBA UCZESTNIKÓW:** | | | | |
| Ogółem/w tym kobiet | 15-24 lata/ w tym kobiet | 25-34 lata/ w tym kobiet | 35-44 lata/ w tym kobiet | 45 lat i więcej/ w tym kobiet |
| **SZKOLENIA** | Pracodawca *(jeśli wskazany do kształcenia)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **STUDIA PODYPLOMOWE** | Pracodawca *(jeśli wskazany do kształcenia)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **EGZAMINY** umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych | Pracodawca *(jeśli wskazany do kształcenia)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **BADANIA LEKARSKIE I PSYCHOLOGICZNE** wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu | Pracodawca *(jeśli wskazany do kształcenia)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **UBEZPIECZENIE** od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem | Pracodawca *(jeśli wskazany do kształcenia)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**UWAGA!**

# Środki z rezerwy KFS przekazane pracodawcom prowadzącym działalność gospodarczą w rozumieniu prawa konkurencji UE stanowią dla przedsiębiorcy pomoc *de minimis*, o której mowa we właściwych przepisach prawa UE dotyczących pomocy *de minimis* oraz pomocy *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie. W przypadku, gdy pracodawca podlega przepisom o pomocy publicznej, zastosowanie ma rozporządzenie komisji (UE) Nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis lub rozporządzenie komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r.w sprawie stosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym lub rozporządzenie komisji (WE) Nr 875/2007 z dnia 24 lipca 2007 r. w sprawie stosowania art. 87 i 88 Traktatu WE w odniesieniu do pomocy w ramach zasad de minimis dla sektora rybołówstwa i zmieniające rozporządzenie (WE) nr 1860/2004.

* Pracodawca może ubiegać się maksymalnie o jedno wsparcie na kształcenie ustawiczne dla jednego pracownika/pracodawcy. Wyjątek stanowią szkolenia modułowe, wymagające przejścia cyklu kilku szkoleń, aby uzyskać niezbędne uprawnienia.
* Środki na kształcenie ustawiczne w ramach rezerwy KFS będą przekazywane na rachunek pracodawcy po zawarciu umowy z urzędem pracy oraz po złożeniu wniosku o wypłatę dofinansowania. W przypadku kursów/studiów podyplomowych/egzaminów dodatkowym załącznikiem do wniosku będzie dokument wystawiony przez organizatora kształcenia/instytucję uprawnioną potwierdzający termin rozpoczęcia kształcenia ustawicznego.
* Środki z rezerwy Krajowego Funduszu Szkoleniowego są środkami publicznymi w rozumieniu ustawy o finansach publicznych. Zgodnie z ustawą o podatku od towarów i usług oraz rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług oraz warunków stosowania tych zwolnień, zwalnia się od podatku usługi kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania zawodowego finansowane w co najmniej 70% ze środków publicznych.

**Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i § 6 Kodeksu Karnego za złożenie fałszywych oświadczeń.**

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

(data) czytelny podpis pracodawcy/osoby upoważnionej

do reprezentowania pracodawcy lub pieczątka imienna z parafką

**Załączniki:**

**UWAGA :**

**Podmioty gospodarcze prowadzące działalność gospodarczą i podlegające w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej dołączają do wniosku:**

1. Kopię dokumentu potwierdzającego oznaczenie podstawy prawnej funkcjonowania jednostki – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;
2. Kopia umowy spółki w przypadku spółek prawa cywilnego;
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis – załącznik nr 1;
4. Oświadczenie – załącznik Nr 2;
5. Oświadczenie o pomocy de minimis – załącznik Nr 3;
6. Program kształcenia ustawicznego zawierający tematykę zajęć i liczbę godzin lub zakres egzaminu (sporządzony przez organizatora kształcenia). **Wniosek bez niniejszego załącznika nie będzie rozpatrywany**;
7. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawionego przez realizatora usługi kształcenia (sporządzony przez organizatora kształcenia). **Wniosek bez niniejszego załącznika nie będzie rozpatrywany;**
8. Informacja o wyborze realizatora kształcenia ustawicznego wraz z uzasadnieniem – załącznik Nr 5;
9. W przypadku, gdy pracodawcę lub przedsiębiorcę reprezentuje pełnomocnik, do wniosku musi być załączone pełnomocnictwo określające jego zakres i podpisane przez osoby uprawnione do reprezentacji pracodawcy lub przedsiębiorcy. Pełnomocnictwo należy przedłożyć w oryginale, w postaci notarialnie potwierdzonej kopii lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez osobę lub osoby udzielające pełnomocnictwa (tj. osobę lub osoby uprawnione do reprezentacji pracodawcy lub przedsiębiorcy). Podpis lub podpisy osób uprawnionych do występowania w obrocie prawnym w imieniu pracodawcy muszą być czytelne lub opatrzone pieczątkami imiennymi.

**Podmioty, które nie podlegają przepisom dotyczącym pomocy publicznej dołączają do wniosku:**

1. Kopię dokumentu potwierdzającego oznaczenie podstawy prawnej funkcjonowania jednostki – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;
2. Kopia umowy spółki w przypadku spółek prawa cywilnego;
3. Oświadczenie – załącznik Nr 2;
4. Oświadczenie o niepodleganiu ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej - załącznik Nr 4;
5. Program kształcenia ustawicznego zawierający tematykę zajęć i liczbę godzin lub zakres egzaminu (sporządzony przez organizatora kształcenia). **Wniosek bez niniejszego załącznika nie będzie rozpatrywany;**
6. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawionego przez realizatora usługi kształcenia (sporządzony przez organizatora kształcenia). **Wniosek bez niniejszego załącznika nie będzie rozpatrywany;**
7. Informacja o wyborze realizatora kształcenia ustawicznego wraz z uzasadnieniem– załącznik Nr 5;
8. W przypadku, gdy pracodawcę lub przedsiębiorcę reprezentuje pełnomocnik, do wniosku musi być załączone pełnomocnictwo określające jego zakres i podpisane przez osoby uprawnione do reprezentacji pracodawcy lub przedsiębiorcy. Pełnomocnictwo należy przedłożyć w oryginale, w postaci notarialnie potwierdzonej kopii lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez osobę lub osoby udzielające pełnomocnictwa (tj. osobę lub osoby uprawnione do reprezentacji pracodawcy lub przedsiębiorcy). Podpis lub podpisy osób uprawnionych do występowania w obrocie prawnym w imieniu pracodawcy muszą być czytelne lub opatrzone pieczątkami imiennymi.
9. Inne (wymienić) …………………………………………………………………………………………………………

**Urząd może zażądać innych dokumentów i informacji umożliwiających rozpatrzenie wniosku.**

Załącznik Nr 2

**Oświadczenie**

1. **Oświadczam**, że liczba osób zatrudnionych na umowę o pracę (zatrudniony na umowę o pracę/powołania/ wyboru/mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę) zgodnie z art. 2 ustawy Kodeks pracy, w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy w mojej firmie w **dniu składania wniosku** (data) ...................... wynosi ......................................... (bez pracowników młodocianych, umów zleceń, umów o dzieło, osób przebywających na urlopach macierzyńskich, urlopach bezpłatnych oraz wychowawczych).

………………………………………

czytelny podpis pracodawcy/osoby upoważnionej

do reprezentowania pracodawcy lub pieczątka imienna z parafką

1. **Oświadczam**, że osoba/y, która/e będzie/będą korzystała/y z kształcenia ustawicznego zatrudniona/e jest/są **na podstawie umowy o pracę** powołania/ wyboru/mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę zgodnie z art. 2 ustawy Kodeks pracy.Ww. osoby nie przebywają na urlopie macierzyńskim/ojcowskim/wychowawczym. Ponadto oświadczam, że w przypadku zatrudnienia pracowników na czas określony czas trwania umowy o pracę nie jest krótszy niż termin zakończenia wskazanego kształcenia.

………………………………………

czytelny podpis pracodawcy/osoby upoważnionej

do reprezentowania pracodawcy lub pieczątka imienna z parafką

1. **Oświadczam,** że osoby wskazane we wniosku do kształcenia ustawicznego w ramach Priorytetu B posiadają ważne orzeczenie o niepełnosprawności: .………………………… (liczba osób)*.*

\*wypełnić jeśli dotyczy

………………………………………

czytelny podpis pracodawcy/osoby upoważnionej

do reprezentowania pracodawcy lub pieczątka imienna z parafką

1. Oświadczam, że osoby wskazane we wniosku do kształcenia ustawicznego w ramach priorytetu C mają udokumentowane wykonywanie przez co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, a nie przysługuje im prawo do emerytury pomostowej: ………*. (liczba osób).*

\*wypełnić jeśli dotyczy

………………………………………

czytelny podpis pracodawcy/osoby upoważnionej

do reprezentowania pracodawcy lub pieczątka imienna z parafką

1. **Oświadczam,** że posiadam/nie posiadam\* powiązań z Federacją Rosyjską/Republiką Białorusi.

\*niepotrzebne skreślić ………………………………………

czytelny podpis pracodawcy/osoby upoważnionej

do reprezentowania pracodawcy lub pieczątka imienna z parafką

1. **Oświadczam**, że firma (pracodawca lub pracownicy) **KORZYSTAŁA / NIE KORZYSTAŁA\*** do tej pory ze środków KFS/rezerwy KFS.

\*niepotrzebne skreślić

………………………………………

czytelny podpis pracodawcy/osoby upoważnionej

do reprezentowania pracodawcy lub pieczątka imienna z parafką

1. **Oświadczam,** że firma (pracodawca lub pracownicy) **w 2024 roku** **KORZYSTAŁA / NIE KORZYSTAŁA\*\*** środków KFS.

\*niepotrzebne skreślić

………………………………………

czytelny podpis pracodawcy/osoby upoważnionej

do reprezentowania pracodawcy lub pieczątka imienna z parafką

1. **Oświadczam, że osoby wskazane do kształcenia, w 2024 roku NIE KORZYSTAŁY ze środków KFS**.

………………………………………

czytelny podpis pracodawcy/osoby upoważnionej

do reprezentowania pracodawcy lub pieczątka imienna z parafką

1. **Oświadczam,** że zapoznałam/zapoznałem się z kryteriami i zasadami rozpatrywania wniosków   
   o dofinansowanie kształcenia ustawicznego w ramach rezerwy KFS.

………………………………………

czytelny podpis pracodawcy/osoby upoważnionej

do reprezentowania pracodawcy lub pieczątka imienna z parafką

1. **Oświadczam,** że koszt kształcenia wykazany we wniosku nie zawiera kosztów zakwaterowania, wyżywienia i dojazdu.

………………………………………

czytelny podpis pracodawcy/osoby upoważnionej

do reprezentowania pracodawcy lub pieczątka imienna z parafką

1. **Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne z prawdą i stanem faktycznym na dzień składania wniosku.** Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 i §6 Kodeksu Karnego za złożenie fałszywych oświadczeń.

………………………………………

czytelny podpis pracodawcy/osoby upoważnionej

do reprezentowania pracodawcy lub pieczątka imienna z parafką

1. Informacja dotycząca ochrony danych osobowych klienta dostępna jest w siedzibie urzędu oraz na stronie internetowej Urzędu w zakładce → Urząd →ochrona danych osobowych.

**Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą ochrony danych osobowych.**

………………………………………

czytelny podpis pracodawcy/osoby upoważnionej

do reprezentowania pracodawcy lub pieczątka imienna z parafką

1. **Oświadczam,** że **JESTEM / NIE JESTEM\*** mikroprzedsiębiorcą zgodnie z ustawą z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców

*(Mikroprzedsiębiorcą – w myśl art. 7 ust. 1 pkt 1 polskiej*[*ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców*](https://pl.wikipedia.org/wiki/Prawo_przedsi%C4%99biorc%C3%B3w)*(*Dz.U. z 2021 r. poz. 162 ze zm.*) jest przedsiębiorca, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki: a) zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz b) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 2 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 milionów euro)*

\*niepotrzebne skreślić

………………………………………

czytelny podpis pracodawcy/osoby upoważnionej

do reprezentowania pracodawcy lub pieczątka imienna z parafką

***UWAGA! Wniosek, który nie zawiera wszystkich wymaganych załączników pozostaje bez rozpatrzenia.***

Załącznik Nr 3

**Oświadczenie o pomocy de minimis**

1. Oświadczam, że w okresie minionych trzech lat\*:

* nie uzyskałem/am pomocy de minimis
* nie uzyskałem/am pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie
* uzyskałem/am pomoc de minimis w wysokości (wartość w euro) : ..................…….
* uzyskałem/am pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie w wysokości (wartość w euro) : .............……………………………………………………………….

1. Oświadczam, że wnioskowana pomoc będzie / nie będzie\* powiązana z działalnością związaną z wywozem do państw trzecich lub państw członkowskich UE, tzn. bezpośrednio związana z ilością wywożonych produktów, tworzeniem i prowadzeniem sieci dystrybucyjnej lub innymi wydatkami bieżącymi związanymi z prowadzeniem działalności wywozowej.

**\* niepotrzebne skreślić**

**Zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić o możliwości przekroczenia granic dopuszczalności pomocy.**

Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne z prawdą.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 i § 6 Kodeksu Karnego za złożenie fałszywych oświadczeń.

.....…...…...………., dnia ……………………

miejscowość

………………………………………

czytelny podpis pracodawcy/osoby upoważnionej

do reprezentowania pracodawcy lub pieczątka imienna z parafką

Załącznik Nr 4

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

**O Ś W I A D C Z E N I E**

**Oświadczam, że** *.......................................................................................................................................................................................................................................*.........................................................

**( nazwa pracodawcy)**

**JEST / NIE JEST beneficjentem\* pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.**

Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne z prawdą.

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 i §6 Kodeksu Karnego za złożenie fałszywych oświadczeń.**

**\***Beneficjent pomocy publicznej **– podmiot prowadzący działalność gospodarczą, bez względu na formę organizacyjno – prawną oraz sposób finansowania, który ubiega się o pomoc publiczną (ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej).**

………………………………………

czytelny podpis pracodawcy/osoby upoważnionej

do reprezentowania pracodawcy lub pieczątka imienna z parafką

Załącznik nr 5

INFORMACJA O WYBORZE REALIZATORA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO WRAZ   
Z UZASADNIENEIM

**DLA KAŻDEJ FORMY KSZTAŁCENIA NALEŻY UZUPEŁNIĆ PONIŻSZĄ TABELĘ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Forma kształcenia *(szkolenie/studia podyplomowe/egzamin)*** | Forma kształcenia:…………………………………………………….  stacjonarne/on-line ………………………………..(wpisać właściwe) | | | | | | | |
| **Nazwa i liczba godzin kształcenia ustawicznego** | **Nazwa szkolenia: ……………………………………………………..**  **Liczba godzin: …………………………………………………….….** | | | | | | | |
| **Nazwa i siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego** | Nazwa i siedziba realizatora kształcenia:  ……………………………………………………………………….. | | | | | | | |
| **Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego** | Uzasadnienie**…………………………………………………………………………………**  **…………………………………………………………………………………………………..** | | | | | | | |
| **Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego – WYMIENIĆ RODZAJE CERTYFIKATÓW, a w przypadku kursów – posiadanie dokumentu, na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego (PODAĆ RODZAJ DOKUMENTU WRAZ ZE WSKAZANIEM KODU PKD)**  **DOŁĄCZYĆ KOPIE POSIADANYCH CERTYFIKATÓW** | **Wymienić rodzaje certyfikatów jakości usług posiadanych przez realizatora kształcenia (dołączyć kopie posiadanych certyfikatów):**  **…………………………………………………………………………………………………..**  **…………………………………………………………………………………………………..**  **…………………………………………………………………………………………………..**  **…………………………………………………………………………………………………..**  **Rodzaj dokumentu na podstawie, którego realizator kształcenia prowadzi swoją działalność (CEiDG, KRS, itp.) ……………………………………………...........................**  **Kod PKD realizatora kształcenia……………………………………………….** | | | | | | | |
| **Informacje w zakresie prowadzenia przez realizatora kształcenia ustawicznego analiz skuteczności usług, o ile są pracodawcy znane** | **TAK/NIE\*** | | | | | | | |
| **Cena usługi kształcenia ustawicznego w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku o ile są dostępne**  **WSKAZAĆ CENY CO NAJMNIEJ TRZECH INNYCH REALIZATORÓW KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO** | **CENAWYBRANEJ INSTYTUCJI**  **(NETTO**  **bez VAT)** | | **ROZEZNANIE CENOWE** | | | | | |
| **INSTYTUCJA NR I**  …….……………………............  ………………………………….  …………………………….……  (nazwa i adres instytucji) | | **INSTYTUCJA NR II**  …….……………………..............  ……………………………….......  …………………………………...  (nazwa i adres instytucji) | | **INSTYTUCJA NR III**  …….……………………..............  ……………………………….......  …………………………………...  (nazwa i adres instytucji) | |
| **CENA INSTYTUCJI WYBRANEJ**  **bez kosztów zakwaterowania, wyżywienia i dojazdu** | | **CENA INSTYTUCJI NR I**  **bez kosztów zakwaterowania, wyżywienia i dojazdu** | | **CENA INSTYTUCJI**  **NR II**  **bez kosztów zakwaterowania, wyżywienia i dojazdu** | | **CENA INSTYTUCJI**  **NR III**  **bez kosztów zakwaterowania, wyżywienia i dojazdu** | |
| **CENA ZA SZKOLENIE** | **CENA ZA JEDNĄ GODZINĘ SZKOLENIA** | **CENA ZA SZKOLENIE** | **CENA ZA JEDNĄ GODZINĘ SZKOLENIA** | **CENA ZA SZKOLENIE** | **CENA ZA JEDNĄ GODZINĘ SZKOLENIA** | **CENA ZA SZKOLENIE** | **CENA ZA JEDNĄ GODZINĘ SZKOLENIA** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

\*niepotrzebne skreślić

**Oświadczam, że planowane działania kształcenia ustawicznego powierzone zostaną do realizacji podmiotowi, z którym nie jestem powiązana/y osobowo lub kapitałowo.**

………………………………………

czytelny podpis pracodawcy/osoby upoważnionej

do reprezentowania pracodawcy lub pieczątka imienna z parafką