miejscowość, data ………………..…………………

 **Miejski Urząd Pracy w Olsztynie**

**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 2023 r.poz.735) 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. fax

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.** Czy działalność prowadzona jest w sektorze transportu drogowego: **TAK / NIE *(niepotrzebne skreślić)***

5. 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.

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

Imię i nazwisko ………………………………………………….

Telefon ………………………………………………………..

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 2023 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 Ministra Rodziny i Polityki Społecznej na 2023 rok oraz uzasadnienie kształcenia ustawicznego pracodawcy/pracowników przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy oraz obowiązujących priorytetów wydatkowania środków rezerwy KFS (każdego wskazanego kształcenia):**
2. **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 MRiPS ………… liczba osób.

***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 A - uzasadnienie dla wsparcia kształcenia ustawicznego *(jeśli dotyczy)*:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Priorytet B.** Wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności ……………… (liczba osób).

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

**Priorytet B - uzasadnienie dla wsparcia kształcenia ustawicznego *(jeśli dotyczy)*:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Priorytet C.** Wsparcie kształcenia ustawicznego w obszarach/branżach kluczowych dla rozwoju powiatu/województwa wskazanych w dokumentach strategicznych/planach rozwoju ……………….. liczba osób.

***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 rozwoju miasta Olsztyna (wg stanu na 30.04.2023 r.):*

*1. Branże oparte na gospodarce cyfrowej: wykorzystanie IT w edukacji, turystyce, mechanizacja i automatyzacja procesów technologicznych, robotyzacja;*

*2. Kierunki oparte na nowoczesnych technologiach i innowacjach związanych ze zrównoważonym korzystaniem z zasobów środowiska (OZE, „zielona” i niskowęglowa gospodarka, gospodarka cyrkularna (m.in. recykling);*

*3. Logistyka;*

*4. Usługi medyczne (stomatolodzy, lekarze specjaliści, pielęgniarki i położne) i usługi około medyczne (fizjoterapeuci i rehabilitanci);*

*5. Usługi opiekuńcze skierowane do osób starszych i z niepełnosprawnościami (usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze);*

**Priorytet C - uzasadnienie dla wsparcia kształcenia ustawicznego *(jeśli dotyczy)*:**

**UWAGA: w uzasadnieniu należy opisać zakres prowadzonej działalności wg przeważającego PKD** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Priorytet D.** Wsparcie kształcenia ustawicznego 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 ……………… (liczba osób).

***UWAGA:*** *W ramach tego priorytetu środki rezerwy KFS będą mogły sfinansować obowiązkowe szkolenia 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.*

*Priorytet ten pozwala również na skorzystanie z dofinansowania do różnych form kształcenia ustawicznego osób, którym powierzono obowiązki instruktorów praktycznej nauki zawodu lub deklarujących chęć podjęcia się takiego zajęcia, opiekunów praktyk zawodowych i opiekunów stażu uczniowskiego. Grupę tę stanowią pracodawcy lub pracownicy podmiotów przyjmujących uczniów na staż bądź osoby prowadzące indywidualne gospodarstwa rolne. Definicja stażu uczniowskiego wskazana w art. 121a ust. 1 i ust. 21 ustawy Prawo oświatowe z dnia 14 grudnia 2016 określa go jako staż w rzeczywistych warunkach pracy jaki - w celu ułatwienia 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.*

**Priorytet D - uzasadnienie dla wsparcia kształcenia ustawicznego *(jeśli dotyczy)*:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Priorytet E.** 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)

***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 E - uzasadnienie dla wsparcia kształcenia ustawicznego *(jeśli dotyczy)*:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osób, które będą objęte kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków rezerwy KFS po jego zakończeniu**

***(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** | **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 potwierdzające 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 rezerwyKFS 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 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013) lub

# rozporządzenie komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013) 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 (Dz. Urz. UE L 193 z 25.07.2007).

* **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 rezerwyKFS 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 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 podleganiu/niepodleganiu ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej - załącznik Nr 3;
6. Oświadczenie o pomocy de minimis – załącznik Nr 4;
7. Program kształcenia ustawicznego zawierający tematykę zajęć i liczbę godzin lub zakres egzaminu (sporządzony przez organizatora kształcenia). **Wniosek bez niniejszego załącznika nie będzie rozpatrywany**;
8. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawionego przez realizatora usługi kształcenia (sporządzony przez organizatora kształcenia). **Wniosek bez niniejszego załącznika nie będzie rozpatrywany;**
9. Informacja o wyborze realizatora kształcenia ustawicznego wraz z uzasadnieniem – załącznik Nr 5;
10. Kopia certyfikatu jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego posiadanego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego – jeżeli dotyczy;
11. 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 podleganiu/niepodleganiu ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej - załącznik Nr 3;
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. Kopia certyfikatu jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego posiadanego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego – jeżeli dotyczy;
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;

**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 wsparcie kształcenia ustawicznego dotyczy pracownika/-ów (pracodawcy):

**-**  pracującego/-ych: w branży opartej na gospodarce cyfrowej: wykorzystanie IT w edukacji, turystyce, mechanizacji i automatyzacji procesów technologicznych, robotyzacji ………*… (liczba osób)*\**;* kod PKD firmy\* …………….. przeważający na dzień 30.04.2023 r.

lub/-i

- pracującego/-ych: w branży opartej na nowoczesnych technologiach i innowacjach związanych ze zrównoważonym korzystaniem z zasobów środowiska (OZE, „zielona” i niskowęglowa gospodarka, gospodarka cyrkularna (m.in. recykling);………… (liczba osób)\*; kod PKD firmy\*………….. przeważający na dzień 30.04.2023 r.

lub/-i

- pracującego/-ych: w branży logistycznej ………… (liczba osób)\*; kod PKD firmy\*………….. przeważający na dzień 30.04.2023 r.

lub/-i

- pracującego/-ych: w branży usług medycznych (stomatolodzy, lekarze specjaliści, pielęgniarki i położne)
i usług około medycznych (fizjoterapeuci i rehabilitanci);………… (liczba osób)\*; kod PKD firmy\*………….. przeważający na dzień 30.04.2023 r.

lub/-i

- pracującego/-ych: w branży usług opiekuńczych skierowanej do osób starszych i z niepełnosprawnościami (usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze); ………… (liczba osób)\*; kod PKD firmy\*………….. przeważający na dzień 30.04.2023 r.

\*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 D są zatrudnione na stanowisku instruktorów praktycznej nauki zawodu bądź są osobami mającymi zamiar podjęcia się tego zajęcia, są opiekunami praktyk zawodowych i opiekunami stażu uczniowskiego oraz szkoleń branżowych dla nauczycieli kształcenia zawodowego: ………*. (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 E 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 2023 roku** **KORZYSTAŁA / NIE KORZYSTAŁA\*\*** ze środków KFS.

\*\*niepotrzebne skreślić

…………………………

 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 parafka

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)*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

**\***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).**

..........................., 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.**

\* niepotrzebne skreślić

 …………………………

 czytelny podpis pracodawcy/osoby

 upoważnionej do reprezentowania

 pracodawcy lub pieczątka imienna z parafką

Załącznik Nr 4

**OŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS**

Oświadczam, że w roku, w którym ubiegam się o pomoc de minimis oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych\*:

* 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): ......................

\* 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 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::****…………………………………………………………………………………………………..****…………………………………………………………………………………………………..****…………………………………………………………………………………………………..****…………………………………………………………………………………………………..****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