……………………………………..

(pieczęć wnioskodawcy)

Znak sprawy…………………………………….

 Numer wniosku…………………………………

**Starosta**

**Powiatu Ryckiego**

**za pośrednictwem**

**Powiatowego Urzędu Pracy
w Rykach**

**WNIOSEK**

**o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

**na finansowanie lub współfinansowanie działań na rzecz kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców**

□ **Pracodawca będący beneficjentem pomocy publicznej** w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz. U. z 2023r. poz. 702)

□ **Pracodawca nie będący beneficjentem pomocy publicznej** w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz. U. z 2023r. poz. 702)

**Podstawa prawna:**

* *art. 69a i b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
(Dz. U. z 2024r., poz. 475 z późn. zmn.),*
* *rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 roku w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018 r., poz. 117),*
* *"Prawo przedsiębiorców" z dnia 6 marca 2018 roku (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 221 z późn. zm.)*
* *Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 roku o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2023r., poz. 702) oraz jej przepisów wykonawczych.*
1. **DANE PRACODAWCY**
2. Nazwa pracodawcy……………………………………………………………………..

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

przeważający rodzaj działalności gospodarczej wg PKD………………………………

PESEL (w przypadku osób fizycznych)………………………………………………..

KRS (w przypadku spółek handlowych i kapitałowych)……………………………….

nr telefonu……………………………mail……………………………………………..

strona www……………………………………………………………………………..

1. Forma prawna działalności wnioskodawcy (np. spółdzielnia, spółka-podać jaka- działalność indywidualna, inna)…………………………………………………………
2. Siedziba pracodawcy…………………………………………………………………….
3. Miejsce prowadzenia działalności……………………………………………………….
4. Nazwa banku i numer rachunku bankowego, na który zostaną przekazane środki
w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku:

…………………………………………………………………………………………...

1. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy (do podpisania umowy):

…………………………………………………………………………………………..

stanowisko………………………………………………………………………………

numer telefonu………………………………mail……………………………………

1. Imię i nazwisko osoby do kontaktów z PUP

………………………………………………………………………………………….

numer telefonu……………………………….mail…………………………………….

1. Liczba zatrudnionych pracowników na dzień złożenia wniosku

…………………………………………………………………………………………..

1. Wielkość przedsiębiorcy (zaznaczyć właściwe):

 a) **mikroprzedsiębiorstwo** - w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych zatrudniał średniomiesięcznie mniej niż 10 pracowników oraz osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 2 mln euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości z złotych 2 mln euro;

 b) **małe** - w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych zatrudniał średniomiesięcznie mniej niż 50 pracowników oraz osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 10 mln euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości z złotych 10 mln euro;

 c) **średnie** - w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych zatrudniał średniomiesięcznie mniej niż 250 pracowników oraz osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 50 mln euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości z złotych 43 mln euro;

 d) **pozostałe**

1. **INFORMACJE O PLANOWANYM KSZTAŁCENIU USTAWICZNYM PRACOWNIKÓW\* LUB PRACODAWCY\*\***

\*Pracownik – zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 roku Kodeks Pracy, pracownikiem jest osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania
lub spółdzielczej umowy o pracę. Pracownikiem nie jest, w rozumieniu ustawy, osoba, która wykonuję pracę
lub świadczy usługi na podstawie umów cywilnoprawnych np. umowy zlecenia, umowy agencyjnej, umowy
o dzieło.

\*\*Pracodawca – zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 25 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia
i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024r., poz. 475 *z późn. zmn.*) pracodawcą jest jednostka organizacyjna, chociażby nie posiadał osobowości prawnej, a także osobę fizyczną, jeżeli zatrudniają one co najmniej jednego pracownika.

 Nie jest pracodawcą osoba prowadząca działalność gospodarczą nie zatrudniająca żadnego pracownika.

1. Wysokość i harmonogram wydatków dotyczących dofinansowania kształcenia ustawicznego
2. kursy realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa kursu/szkolenia | Planowany termin realizacji | Liczba osób przewidzianych do objęcia wsparciem | Koszt szkolenia dlajednej osoby | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł | Wnioskowana wysokość środków z KFS | Całkowita wysokość wydatków w zł |
| 15-24 lata | 25-34 lata | 35-44 lata | 45 lat i więcej | w tym pracodawcy |
| **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  **OGÓŁEM:** |  |  |  |  |

1. studia podyplomowe realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa studiów podyplomowych | Planowany termin realizacji | Liczba osób przewidzianych do objęcia wsparciem | Koszt dlajednej osoby | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł | Wnioskowana wysokość środków z KFS | Całkowita wysokość wydatków w zł |
| 15-24 lata | 25-34 lata | 35-44 lata | 45 lat i więcej | w tym pracodawcy |
| **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  **OGÓŁEM:** |  |  |  |  |

1. egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa egzaminu | Planowany termin realizacji | Liczba osób przewidzianych do objęcia wsparciem | Koszt dlajednej osoby | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł | Wnioskowana wysokość środków z KFS | Całkowita wysokość wydatków w zł |
| 15-24 lata | 25-34 lata | 35-44 lata | 45 lat i więcej | w tym pracodawcy |
| **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  **OGÓŁEM:** |  |  |  |  |

1. badania lekarskie i/lub psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa badania | Planowany termin realizacji | Liczba osób przewidzianych do objęcia wsparciem | Koszt dlajednej osoby | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł | Wnioskowana wysokość środków z KFS | Całkowita wysokość wydatków w zł |
| 15-24 lata | 25-34 lata | 35-44 lata | 45 lat i więcej | w tym pracodawcy |
| **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  **OGÓŁEM:** |  |  |  |  |

1. określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego w związku z ubieganiem się o sfinansowanie tego kształcenia
ze środków KFS

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa  | Planowany termin realizacji | Liczba osób przewidzianych do objęcia wsparciem | Koszt dlajednej osoby | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł | Wnioskowana wysokość środków z KFS | Całkowita wysokość wydatków w zł |
| 15-24 lata | 25-34 lata | 35-44 lata | 45 lat i więcej | w tym pracodawcy |
| **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  **OGÓŁEM:** |  |  |  |  |

1. ubezpieczenie NNW w związku z podjętym kształceniem

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa ubezpieczenia | Planowany termin realizacji | Liczba osób przewidzianych do objęcia wsparciem | Koszt dlajednej osoby | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł | Wnioskowana wysokość środków z KFS | Całkowita wysokość wydatków w zł |
| 15-24 lata | 25-34 lata | 35-44 lata | 45 lat i więcej | w tym pracodawcy |
| **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  **OGÓŁEM:** |  |  |  |  |

1. Całkowita wartość planowanych działań kształcenia (w zł)…………………………….

(słownie:………………………………………………………………………………..)

w tym:

kwota wnioskowana z KFS…………………………………………………………….

(słownie…………………………………………………………………………………)

kwota wkładu własnego ……………………………………………………………….

(słownie…………………………………………………………………………………)

1. Priorytety wydatkowania środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego w 2025 roku (zaznacz właściwe):
2. Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w zawodach określonych jako deficytowe na danym terenie tj. w powiecie lub w województwie.
3. Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy.
4. Wsparcie kształcenia ustawicznego pracodawców i ich pracowników zgodnie z potrzebami szkoleniowymi, które pojawiły się na terenach dotkniętych przez powódź we wrześniu 2024 roku.
5. Poprawa zarządzania i komunikacji w firmie w oparciu o zasady przeciwdziałania dyskryminacji i mobbingowi, rozwoju dialogu społecznego, partycypacji pracowniczej i wspierania integracji w miejscu pracy.
6. Promowanie i wspieranie zdrowia psychicznego oraz tworzenie przyjaznych środowisk pracy poprzez m.in. szkolenia z zakresu zarządzania wiekiem, radzenia sobie ze stresem, pozytywnej psychologii, dobrostanu psychicznego oraz budowania zdrowej i różnorodnej kultury organizacyjnej.
7. Wsparcie cudzoziemców, w szczególności w zakresie zdobywania wiedzy na temat polskiego prawa pracy i integracji tych osób na rynku pracy.
8. Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych.
9. Rozwój umiejętności cyfrowych.
10. Wsparcie rozwoju umiejętności związanych z transformacją energetyczną.
11. **UZASADNIENIE POTRZEB ODBYCIA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO, PRZY UWZGLĘDNIENIU OBECNYCH LUB PRZYSZŁYCH POTRZEB PRACODAWCY ORAZ OBOWIĄZUJĄCYCH PRIORYTETÓW WYDATKOWANIA ŚRODKÓW KFS:**

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

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

……………………………..

 (miejscowość, data)

……………………………………

(podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy)

Wniosek pozostawia się bez rozpatrzenia, o czym informuje się wnioskodawcę na piśmie, w przypadku:

1) niepoprawienia wniosku we wskazanym terminie lub

2) niedołączenia wymaganych załączników.

**Załączniki, które należy dołączyć do wniosku:**

**1. Załącznik nr 1 - Formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc de minimis**

**2. Załącznik nr 2 - Oświadczenie o pomocy de minimis**

**3. Kopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.**

**4. Program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu.**

**5. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawionego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących.**

1. **WYPEŁNIA POWIATOWY URZĄD PRACY**
2. Sprawdzono pod względem formalnym /data, podpis/

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

1. Wezwany do uzupełnienia wniosku /data, podpis/

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

1. Data uzupełnienia wniosku

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

1. Rozpatrzony pozytywnie /data, podpis/

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

1. Rozpatrzony negatywnie /data, podpis, uzasadnienie odrzucenia wniosku/

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

1. Sprawdzono pod względem merytorycznym

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

1. Decyzja Dyrektora powiatowego urzędu pracy

*Przyznano środki na kształcenie ustawiczne z KFS dla:*

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

*/Nazwa Firmy/*

*w wysokości ……………………………………zł*

*(słownie:…………………………………………………………………………………..*

……………………………………………….

Miejscowość, data

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

 Pieczęć i podpis Dyrektora

 działającego z upoważnienia Starosty

 ...………………………

 nazwa/imię i nazwisko pracodawcy

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

Oświadczam co następuje:

* Spełniam warunki określone w rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 roku w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego *(*Dz. U. z 2018r., poz.117).
* Koszt dofinansowania z KFS planowanych form wsparcia nie przekroczy na jednego pracownika 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku.
* Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskaniu pomocy de minimis, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z urzędem pracy, otrzymam pomoc de minimis.
* Nie ciąży na mnie obowiązek zwrotu pomocy, wynikający z wcześniejszych decyzji uznających pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem.
* Zapoznałem się z treścią art. 69a i 69 b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia
i instytucjach rynku pracy oraz rozporządzeniem Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 roku w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018r., poz. 117).
* Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Rykach, dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 roku w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018r., poz. 117), zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781) oraz obowiązujących przepisów RODO.
* Nie zalegam w dniu złożenia wniosku z wypłaceniem wynagrodzeń pracownikom oraz opłaceniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Emerytur Pomostowych oraz innych danin publicznych.
* Oświadczam, że utrzymam/y zatrudnienie pracownika/ków którego/ych kieruję na kształcenie ustawiczne co najmniej do dnia zakończenia ostatniej formy wsparcia.

 Spełniam warunki, o których mowa w Rozporządzeniu 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 (Dz. Urz. UE L, 2023/2831 z 15.12.2023) i Rozporządzeniu Komisji (UE) 2023/2832 z dnia 13 grudnia 2023r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis przyznawanej przedsiębiorstwom wykonującym usługi świadczone w ogólnym interesie gospodarczym (Dz. Urz. UE L, 2023/2832 z 15.12.2023),

 ● **Prowadzę/nie prowadzę**\* działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej.

* Osoby, których dotyczy wniosek o finansowanie kształcenia ustawicznego, ze środków Krajowego Funduszu szkoleniowego nie spełniają definicji osoby współpracującej zgodnie z art. 8 ust 11 ustawy
o systemie ubezpieczeń społecznych (za osobę współpracująca uważa się: małżonka, dzieci własne lub dzieci drugiego małżonka i dzieci przysposobione, rodziców oraz macochę i ojczyma pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym i współpracujących przy prowadzeniu działalności).
* Oferta instytucji szkoleniowej wybrana do realizacji kursu jest konkurencyjna merytorycznie i cenowo w stosunku do ofert innych instytucji szkoleniowych oferujących podobne kursy.
* ***Oświadczam, że informacje zawarte we wniosku i załączonych do niego dokumentów są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.***
* ***Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.***
* Zapoznałem się z wzorem umowy i akceptuję jej warunki bez zastrzeżeń.

*\*niepotrzebne skreślić*

………………………………………………….

 podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

**Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego finansowanego ze środków KFS, wraz z następującymi informacjami:**

1. Nazwa realizatora usługi kształcenia ustawicznego:……………....................................

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

1. Siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego:……………….............................

………………………………………………………………………………………….

1. Nr telefonu: …………………………………………………………………………….
2. Nr fax: ………………………………………………………………………………….
3. Adres e-mail: …………………………………………………………………………...
4. NIP: …………………………………………..REGON:………………………………
5. Rodzaj prowadzonej działalności wg PKD/2007/:……………………………………...
6. Nazwa szkolenia: ……………………………………………………………………….
7. Miejsce szkolenia: ………………………………………………………………………
8. Liczba godzin dydaktycznych ogółem: …………………………………………………
9. Termin szkolenia od………………………………do………………………………….
10. Całkowita cena usługi kształcenia ustawicznego[[1]](#footnote-1) w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku, o ile są dostępne **(UWAGA: prosimy załączyć co najmniej dwie oferty konkurencyjne)**:...............................słownie złotych………………………………….
11. Koszt osobogodziny szkolenia: …………………………………………………………

słownie złotych: ………………………………………………………………………...

1. Płatne jednorazowo (kwota)……………………………………………………………..
2. Termin płatności ………………………………………………………………………...

 16. Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikaty jakości oferowanych

 usług kształcenia ustawicznego, a w przypadku kursów – posiadane dokumenty, na podstawie których prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego (jeżeli informacja ta nie jest dostępna w publicznych rejestrach elektronicznych). Prosimy załączyć kserokopię dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem.

 17. Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osób, które będą objęte kształceniem

 ustawicznym finansowanym ze środków KFS:

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

 18. Uzasadnienie wyboru w/w realizatora usługi szkoleniowej:

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

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

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

 miejscowość i data podpis pracodawcy lub osoby

 upoważnionej

**INFORMACJA O STUDIACH PODYPLOMOWYCH W RAMACH KFS**

1. Nazwa organizatora studiów podyplomowych:…………………………………………

2. Adres organizatora studiów podyplomowych:……………………………………….....

…………………………………………………………………………………………..

3. Miejsce przeprowadzenia zajęć: ………………………………………………………..

4. Nr telefonu: ……………………………………………………………………………..

5. Nr fax: …………………………………………………………………………………..

6. Adres e-mail: …………………………………………………………………………....

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

8. Rodzaj prowadzonej działalności wg PKD/2007/:……………………………………...

9. Kierunek studiów podyplomowych: ……………………………………………………

10. Termin rozpoczęcia studiów: ………………………………………………………......

11. Przewidywany termin zakończenia studiów: …………………………………………..

12. Liczba semestrów studiów podyplomowych…………………………………………..

13. Całkowita cena studiów1 w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku, o ile są dostępne (**prosimy załączyć oferty**):....................…………………………..

słownie złotych: ……………………………………………………………………….......

14. Płatne jednorazowo (kwota)…………………………………………………………….

15.Termin płatności (dzień-miesiąc-rok) ………………………………………………….

1. Płatne w ratach:

I rata……………………………. Termin płatności …………………………………..

 (kwota) (dzień-miesiąc-rok)

II rata……………………………. Termin płatności …………………………………..

 (kwota) (dzień-miesiąc-rok)

 17. Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osób, które będą objęte kształceniem

 ustawicznym finansowanym ze środków KFS:

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

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

 18. Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikaty jakości oferowanych

 usług kształcenia ustawicznego, a w przypadku kursów – posiadane dokumenty, na podstawie których prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego (jeżeli informacja ta nie jest dostępna w publicznych rejestrach elektronicznych). Prosimy załączyć kserokopię dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem.

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

 miejscowość i data podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

**INFORMACJA NA TEMAT EGZAMINU W RAMACH KFS**

1.Nazwa instytucji egzaminującej/wydającej licencję\*: ……………………………….....

…………………………………………………………………………………………...

2.Adres:………………………………………....................................................................

3.Nr telefonu: ……………………………………………………………………………..

4.Nr fax: …………………………………………………………………………………..

5.Adres e-mail: …………………………………………………………………………....

6.Nazwa egzaminu/uzyskanej licencji\*…………………………………………………...

7.Podstawa prawna do przeprowadzenia egzaminu/uzyskania licencji…………………..

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

8.Planowany termin egzaminu/uzyskania licencji : ………………………………………

9.Koszt egzaminu/uzyskania licencji w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku, o ile są dostępne (**prosimy załączyć oferty)** : ..............................................................

słownie złotych: ………………………………………………………………………...

10.Termin płatności (dzień-miesiąc-rok)…………………………………………………...

 11. Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osób, które będą objęte

 kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS:

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

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

 12. Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikaty jakości

 oferowanych usług kształcenia ustawicznego, a w przypadku kursów – posiadane dokumenty, na podstawie których prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego (jeżeli informacja ta nie jest dostępna w publicznych rejestrach elektronicznych). Prosimy załączyć kserokopię dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem.

…………………………………….

 miejscowość i data

…………………………………….

 podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

*\*niepotrzebne skreślić*

**Wykaz osób, które mają zostać objęte działaniami finansowymi
z udziałem środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Nazwa stanowiska/zawodu | Poziom wykształcenia:\*- wyższe, - policealne i średnie zawodowe, - średnie ogólnokształcące, - zasadnicze zawodowe,- gimnazjalne i poniżej\*(wpisać odpowiednie) | Osoba wykonuje pracę w szczególnych warunkachTAK/NIE\* | Osoba wykonuje pracę o szczególnym charakterzeTAK/NIE\* | Forma zatrudnienia i okres obowiązywania umowy \* | Kwota środków na kształcenie ustawiczne danego pracownika\* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

\* Starosta może przyznać środki z KFS na sfinansowanie kosztów, o których mowa w art. 69a ust. 2 pkt 1, w wysokości 80% tych kosztów, nie więcej jednak niż 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika, a w przypadku mikroprzedsiębiorstw w wysokości 100%, nie więcej jednak niż 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika. Kwota ta dotyczy wyłącznie działań określonych w art. 69a ust. 2 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tj. Dz. U. z 2023 r. poz. 735 z późn. zmn.)

 …………………….………………
 Data, podpis i pieczęć pracodawcy
 lub osoby upoważnionej

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

**DLA WNIOSKODAWCY**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (Dz.U.UE.L. z 2016r. Nr 119, s.1 ze zm.) - dalej: „RODO” informuję, że:

1) Administratorem Państwa danych jest Powiatowy Urząd Pracy w Rykach reprezentowany przez Dyrektora PUP (adres: ul. Rynek Stary 50/55, 08-500 Ryki, tel. : 818653348, fax 81 8652061, adres e-mail: urzad@ryki.praca.gov.pl) 8) Podanie przez Państwa danych osobowych w związku z ciążącym na Administratorze obowiązkiem prawnym jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3.

2) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem adresu email: iod@ryki.praca.gov.pl lub pisemnie pod adres Administratora.

3) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji procesu kształcenia ustawicznego finansowanego ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego tj. gdyż jest to niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c RODO) w związku z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 735)

4) Państwa dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji celu, o którym mowa w pkt. 3 z uwzględnieniem okresów przechowywania określonych w przepisach szczególnych, zgodnie z Instrukcją Kancelaryjną i Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt Powiatowego Urzędu Pracy w Rykach tj. przez 5 lat od zakończenia umowy.

5) Państwa dane osobowe będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, lecz nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji, w tym o profilowaniu.

6) Państwa dane osobowych nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy (obejmujący Unię Europejską, Norwegię, Liechtenstein i Islandię).

7) W związku z przetwarzaniem Państwa danych osobowych, przysługują Państwu następujące prawa:

a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;

b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych osobowych;

c) prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;

d) prawo do usunięcia danych w przypadkach określonych w przepisach RODO;

e) prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), w sytuacji, gdy uznają Państwo, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO);

8) Podanie przez Państwa danych osobowych w związku z ciążącym na Administratorze obowiązkiem prawnym jest obowiązkowe, a ich nieprzekazanie skutkować będzie brakiem realizacji celu, o którym mowa w punkcie 3.

9) Państwa dane mogą zostać przekazane podmiotom zewnętrznym na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych tj. dostawcy usług informatycznych SYGNITY S.A., podmiotowi zapewniającemu ochronę danych osobowych CBI W Krasnymstawie, dostawcy usług brakowania dokumentacji, dostawcy usług hostingu poczty e-mailowej w przypadku korespondencji prowadzonej drogą mailową, dostawcy usług brakowania bądź archiwizowania dokumentacji i nośników danych, a także podmiotom lub organom uprawnionym na podstawie przepisów prawa.

 Potwierdzenie otrzymania klauzuli informacyjnej:

 Data i Podpis: ...................................................

1. Zgodnie z przepisem §3 ust. 1 pkt 14 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 20 grudnia 2013 roku
w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług oraz warunków stosowania tych zwolnień, zwolniono
z podatku VAT usługi kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania zawodowego, sfinansowane
w co najmniej 70% ze środków publicznych oraz świadczenie usług i dostawę towarów ściśle z tymi usługami związane. [↑](#footnote-ref-1)