

……………………………………..

(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 2023r., poz. 735 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 2023r., poz. 735 *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 dla  jednej 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 dla  jednej 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 dla  jednej 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 dla  jednej 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 dla  jednej 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 dla  jednej 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 2024 roku (zaznacz właściwe):

1. Wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy.

2. Wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych.

3. Wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem oraz osób będących członkami rodzin wielodzietnych.

4. Wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie umiejętności cyfrowych.

5. Wsparcie kształcenia ustawicznego osób pracujących w branży motoryzacyjnej.

6. Wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia.

7. Wsparcie kształcenia ustawicznego skierowane do pracodawców zatrudniających cudzoziemców.

8. Wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie zarządzania finansami i zapobieganie sytuacjom kryzysowym w przedsiębiorstwach.

1. **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 warunkach  TAK/NIE\* | Osoba wykonuje pracę  o szczególnym charakterze  TAK/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)