 

Świecie, dnia ……..…………… r.

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

 data wpływu (wypełnia Urząd)

**Starosta Świecki**

**za pośrednictwem**

**CAZ.SZ.4425 -……… /………./ 24** **Dyrektora**

pozycja rejestru zgłoszeń (wypełnia Urząd) Powiatowego Urzędu Pracy

w Świeciu

**Wniosek o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

**na sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy**

**Na podstawie:**

* art. 69b ust 7 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t. j. Dz. U. z 2023 r. poz. 735 ze zm.),
* Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 117),
* Rozporządzenia Komisji (UE) nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L, 2023/2831),
* Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1408/2013 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, str. 9 ze zm.),
* Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz. U. 2023 r., poz. 702),
* Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2014 r., poz. 1543 § 1),
* Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz. U. z 2010 r., Nr 121, poz. 810),
* Ustawa z dnia 6 marca 2018 r. prawo przedsiębiorców (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 221 ze zm.).
* Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1610 z późn. zm.).

Minister właściwy ds. pracy określił priorytety wydatkowania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego, co oznacza, że urzędy pracy w 2024 roku w pierwszej kolejności będą przyznawać wsparcie pracodawcom, których wnioski spełnią wymagania określone **przynajmniej w jednym z przyjętych priorytetów:**

* **Priorytet nr 1** - wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy;
* **Priorytet nr 2** - wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych;
* **Priorytet nr 3** - wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej
ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem oraz osób będących członkami rodzin wielodzietnych;
* **Priorytet nr 4** - wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie umiejętności cyfrowych;
* **Priorytet nr 5** - wsparcie kształcenia ustawicznego osób pracujących w branży motoryzacyjnej;
* **Priorytet nr 6** - wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia;
* **Priorytet nr 7** - wsparcie kształcenia ustawicznego skierowane do pracodawców zatrudniających cudzoziemców;
* **Priorytet nr 8 -** wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie zarządzania finansami i zapobieganie sytuacjom kryzysowym w przedsiębiorstwach.

**WNIOSEK NALEŻY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE, BEZ UŻYCIA KOREKTORA. SKREŚLENIA PROSZĘ ZAPARAFOWAĆ I WPISAĆ DATĘ DOKONANEJ ZMIANY.**

**NIEDOPUSZCZALNA JEST INGERENCJA PRACODAWCY W TREŚĆ WNIOSKU.**

1. **DANE PRACODAWCY:**
2. Pełna nazwa pracodawcylub imię i nazwisko w przypadku osoby fizycznej (zgodnie ze wskazaniem we właściwych dokumentach np. odpisie KRS): ……………………………………………………………………………………………………



1. REGON (jeśli został nadany*)*:NIP:
2. Adres siedziby *(ulica, nr budynku, kod, miejscowość):* ……………………………………………………………………………………………………………………………………...
3. Miejsce prowadzenia działalności *(jeżeli jest inne niż adres siedziby)*: ………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

1. Oznaczenie przeważającego rodzaju prowadzonej działalności gospodarczej według PKD: ………………………….....................................................................................................................................................
2. Imię i nazwisko osoby wskazanej do kontaktu: ………………………………………………………………………………..

Numer telefonu: …………………………………………………. E-mail: …………………………………………………...…

1. Forma prawna prowadzonej działalności: …………………………………………………………………………..…...……..
2. Data rozpoczęcia działalności: ………………………………………………………...…….……...…..…….………….………
3. Nazwa banku i numer rachunku firmowego pracodawcy: ………………………………..……………………...…..………



1. Wielkość przedsiębiorstwa:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **mikroprzedsiębiorstwo**

tj. przedsiębiorca, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki: zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz 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; |  |
| 1. **małe przedsiębiorstwo**

tj. przedsiębiorca, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki: zatrudniał średniorocznie mniej niż 50 pracowników oraz osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 10 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 10 milionów euro, i który nie jest mikroprzedsiębiorcą; |  |
| 1. **średnie przedsiębiorstwo**

tj. przedsiębiorca, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki: zatrudniał średniorocznie mniej niż 250 pracowników oraz osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 50 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 43 milionów euro, i który nie jest mikroprzedsiębiorcą ani małym przedsiębiorcą; |  |
| 1. **inne przedsiębiorstwo**
 |  |
| 1. **podmiot nieprowadzący działalności gospodarczej w rozumieniu prawa konkurencji UE**
 |  |

1. Liczba pracowników zatrudnionych na podstawie **umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę** (zgodnie z art. 3 Ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy na dzień złożenia wniosku: ………….. .
2. **INFORMACJE DOTYCZĄCE WYDATKÓW NA DZIAŁANIA ZWIĄZANE Z KSZTAŁCENIEM USTAWICZNYM.**
3. Wysokość wydatków na działania związane z kształceniem ustawicznym.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Całkowita wysokość wydatków(środki KFS + wkład pracodawcy) w PLN | Wnioskowana wysokość środków KFSw PLN | Wysokość wkładu własnego pracodawcy w PLN |
|  |  |  |

**Średni koszt wydatkowania środków KFS na jednego uczestnika wynosi 8 000,00 zł**

Środki KFS mogą zostać przyznane w wysokości 80% kosztów wnioskowanych działań, 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.

1. Liczba osób, które mają zostać objęte działaniami finansowanymi ze środków KFS: ………

w tym pracodawców: ………

|  |  |
| --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Liczba osób** |
| **Pracodawca** | **w tym kobiety** | **Pracownik** | **w tym kobiety**  |
| Objęci wsparciem ogółem |  |  |  |  |
| Według rodzajów wsparcia | Kursy |  |  |  |  |
| Studia podyplomowe |  |  |  |  |
| Egzaminy |  |  |  |  |
| Badania lekarskie i/lub psychologiczne |  |  |  |  |
| Ubezpieczenie NNW |  |  |  |  |
| Według grup wiekowych | 15-24 lata |  |  |  |  |
| 25-34 lata |  |  |  |  |
| 35-44 lata |  |  |  |  |
| 45 lat i więcej |  |  |  |  |
| **w tym osoby:** |
| - do 25 roku życia |  |  |  |  |
| - do 30 roku życia |  |  |  |  |
| - powyżej 50 roku życia |  |  |  |  |
| Według poziomu wykształcenia | Gimnazjalne i poniżej |  |  |  |  |
| Zasadnicze zawodowe |  |  |  |  |
| Średnie ogólnokształcące |  |  |  |  |
| Średnie zawodowe |  |  |  |  |
| Policealne |  |  |  |  |
| Wyższe |  |  |  |  |
| Wedługgrup priorytetowych | Priorytet nr 1\* (nowe procesy, technologie i narzędzia pracy) |  |  |  |  |
| Priorytet nr 2\* (zawody deficytowe) |  |  |  |  |
| Priorytet nr 3\* (powrót do pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem / członkowie rodzin wielodzietnych) |  |  |  |  |
| Priorytet nr 4\* (umiejętności cyfrowe) |  |  |  |  |
| Priorytet nr 5\* (branża motoryzacyjna) |  |  |  |  |
| Priorytet nr 6\* (kształcenie osób po 45 roku życia) |  |  |  |  |
| Priorytet nr 7\* (pracodawcy zatrudniający cudzoziemców) |  |  |  |  |
| Priorytet nr 8\* (zarządzanie finansami i zapobieganie sytuacjom kryzysowym w przedsiębiorstwach) |  |  |  |  |

1. Wykaz osób objętych działaniami z KFS według następujących grup:

**\*szczegółowy opis priorytetów i zasad ich spełniania znajduje się w dokumencie *„Zasady przyznawania Pracodawcy środków
 z Krajowego Funduszu Szkoleniowego w Powiatowym Urzędzie Pracy w Świeciu w 2024 r.”***

**III. INFORMACJA O PLANOWANYCH DZIAŁANIACH WRAZ Z UZASADNIENIEM POTRZEBY ODBYCIA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.** **p.** | **Rodzaj działania\* i Nazwa działania** |  **Liczba uczestników ogółem** | **Nazwa, NIP, siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego** | **Termin realizacji\*\*****(od – do)****dd.mm.rrrr** | **Liczba godzin kształcenia ustawicznego** | **Tryb organizacji działania****online / stacjonarny** | **Koszt całkowity** | **Koszt kształcenia na 1 uczestnika** |
| 1. |  |  |  |  |  | * online
* stacjonarny
 |  |  |
| **Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego, przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy oraz obowiązujących priorytetów wydatkowania środków KFS (kryterium oceny):** |
| 2. |  |  |  |  |  | * online
* stacjonarny
 |  |  |
| **Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego, przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy oraz obowiązujących priorytetów wydatkowania środków KFS (kryterium oceny):** |

\* Rodzajem działania mogą być: kursy i studia podyplomowe realizowane z inicjatywy Pracodawcy lub za jego zgodą, egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie
 umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych, badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu, ubezpieczenie od
 następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem, określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego w związku z ubieganiem się o sfinansowanie tego
 kształcenia ze środków KFS;

\*\* **planowane działania nie mogą rozpocząć się wcześniej niż od dnia 18.03.2024 r.**

**IV. UZASADNIENIE WYBORU REALIZATORA USŁUGI KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO FINANSOWANEGO ZE ŚRODKÓW KFS**

|  |
| --- |
| **NAZWA DZIAŁANIA: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..** |
| **L. p.** | **Nazwa, NIP, siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego wskazanego w części III. wniosku** | **Posiadane certyfikaty** | **Porównanie ceny kształcenia ustawicznego z cena podobnych usług oferowanych na rynku** |
| **Nazwa, NIP innego realizatora usługi kształcenia ustawicznego** | **Posiadane certyfikaty** | **Liczba godzin kształcenia ustawicznego** | **Tryb organizacji działania****online / stacjonarny** | **Koszt na 1 osobę** |
| 1. |  |  | 1. |  |  | * online
* stacjonarny
 |  |
| 2. |  |  | * online
* stacjonarny
 |  |
| **Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy oraz obowiązujących priorytetów wydatkowania środków KFS (kryterium oceny):** |
| **NAZWA DZIAŁANIA: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..** |
| **L. p.** | **Nazwa, NIP, siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego wskazanego w części III. wniosku** | **Posiadane certyfikaty** | **Porównanie ceny kształcenia ustawicznego z cena podobnych usług oferowanych na rynku** |
| **Nazwa, NIP innego realizatora usługi kształcenia ustawicznego** | **Posiadane certyfikaty** | **Liczba godzin kształcenia ustawicznego** | **Tryb organizacji działania****online / stacjonarny** | **Koszt na 1 osobę** |
| 1. |  |  | 1. |  |  | * online
* stacjonarny
 |  |
| 2. |  |  | * online
* stacjonarny
 |  |
| **Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy oraz obowiązujących priorytetów wydatkowania środków KFS (kryterium oceny):** |

**V. INFORMACJE O UCZESTNIKACH (należy wskazać informację dotyczącą każdego uczestnika działania oddzielnie):**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Nazwa działania (należy uwzględnić wszystkie przewidziane działania)** | **Koszt działania na 1 osobę** | **Całkowita kwota wsparcia** | **Stanowisko / Wykonywany zawód** | **Podstawa zatrudnienia\*** | **Okres zatrudnienia****(od – do)** | **Miejsce wykonywania pracy** | **Plany zatrudnieniowe\*\*** | **Priorytet\*\*\*** |
| Pracodawca (-y) |
|  | 1. |  |  |  |  |  |  |  |  nr 1 nr 2 nr 3 nr 4 nr 5 nr 6 nr 7 nr 8 |
| 2. |  |
| 3. |  |
| Pracownik |
|  | 1. |  |  |  |  |  |  |  |  nr 1 nr 2 nr 3 nr 4 nr 5 nr 6 nr 7 nr 8 |
| 2. |  |
| 3. |  |

\* umowa o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę (zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy

 \*\* w przypadku gdy kształceniem ustawicznym objęty ma zostać pracodawca, plany dotyczące dalszego zatrudnienia proszę zastąpić krótką informacją na temat planów
 co do funkcjonowania/działania firmy w przyszłości

\*\*\* szczegółowy opis priorytetów znajduje się na stronie 1 wniosku

**VI. INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej Rozporządzenie), informujemy:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Świeciu z siedzibą przy ulicy Wojska Polskiego 195a w Świeciu. Telefon: 52 33 32 210. Adres e-mail: pup@swiecie.praca.gov.pl.
2. W sprawach związanych z ochroną danych osobowych może Pani/Pan kontaktować się Inspektorem Ochrony Danych Osobowych w następujący sposób:
* telefonicznie: 52 56 83 108,
* drogą elektroniczną na adres: daneosobowe@csw.pl,
* pisemnie na adres siedziby Administratora danych.
1. *Informacja dotyczy danych osobowych pozyskanych w inny sposób niż od osoby, której dane dotyczą*.

Urząd może przetwarzać następujące kategorie danych: dane identyfikacyjne, dane adresowe oraz dane kontaktowe.

1. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 20 kwietnia o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, w tym udzielenia pomocy określonej w ustawie, zawarcia i wykonania umowy, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. b) i c) Rozporządzenia.
2. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:
3. osoby fizyczne, osoby prawne, organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa;
4. podmioty, które na podstawie stosownych umów zawartych z Administratorem przetwarzają dane osobowe.
5. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 4, a po tym czasie przez okres oraz w zakresie wymaganym przepisami powszechnie obowiązującego prawa.
6. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych przysługuje Pani/Panu prawo do:
	1. dostępu do treści danych, na podstawie art. 15 Rozporządzenia;
	2. prawo do sprostowania danych, na podstawie art. 16 Rozporządzenia;
	3. prawo do usunięcia danych, na podstawie art. 17 Rozporządzenia;
	4. prawo do ograniczenia przetwarzania danych, na podstawie art. 18 Rozporządzenia;
	5. prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, na podstawie art. 21 Rozporządzenia.
7. Posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy Rozporządzenia.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest wymagane przepisami prawa. Konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości udzielenia pomocy określonej w ustawie z dnia 20 kwietnia o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
9. *Informacja dotyczy danych osobowych pozyskanych w inny sposób niż od osoby, której dane dotyczą*. Pani/Pana dane mogą pochodzić od Pracodawcy wnioskującego o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy, a także od mocodawcy (w przypadku udzielonego pełnomocnictwa), przedstawiciela ustawowego, a także źródeł powszechnie dostępnych (np. baz i rejestrów: REGON, Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej (CEIDG), Krajowego Rejestru Sądowego).
10. Pani/Pana dane nie będą poddane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji w tym profilowaniu.

**VII. OŚWIADCZENIE**

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej, o której mowa w z art. 233 § 1 i § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (t. j. Dz. U. z 2022 r., poz. 1138 z późn.zm.) oświadczam, że:

1. **zapoznałem/liśmy się z** zasadami przyznawania środków przez Powiatowy Urząd Pracy w Świeciu z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na finansowanie działań na rzecz kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy;
2. **nie ubiegam (-y**) się w innym Urzędzie Pracy o środki na szkolenie tych pracowników, dla których planowane są formy kształcenia ustawicznego finansowane w ramach niniejszego wniosku;
3. koszty, o których dofinansowanie **ubiegam(-y) się** w ramach środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego nie zawierają kosztów przejazdu, zakwaterowania i wyżywienia;
4. **dostarczę (-ymy)** najpóźniej na dzień przed podpisaniem umowy, aktualny wykaz osób objętych działaniami z KFS zgodnie z pkt V wniosku oraz według grup zgodnie z pkt II podpunkt 3 wniosku w przypadku przyznania środków na kwotę niższą niż wnioskowana;
5. **zapoznałem/liśmy się** z informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych i znam/y przysługujące mi/nam prawa.

Wiarygodność informacji podanych we wniosku i załączonych do niego dokumentach potwierdzam własnoręcznym podpisem.

..................................., dnia ............................... ……………………............................................

 miejscowość czytelny podpis pracodawcy lub osoby reprezentującej pracodawcę

**VIII. ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

1. Oświadczenie pracodawcy ***(Załącznik nr 1).***
2. Oświadczenia pracodawcy dotyczące spełnienia wymagań uwzględnionych w priorytetach ***(Załącznik nr 2).***
3. Kserokopię (-e) zaświadczenia (-ń) lub oświadczenie o pomocy de minimis***(Załącznik nr 3)*** *(w przypadku spółek osobowych, oświadczenia lub zaświadczenia składają spółka oraz wspólnicy spółki, którzy otrzymali pomoc de minimis w związku z prowadzeniem działalności gospodarczej przez tę spółkę)****.***
4. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (***Załącznik nr 4)*.**
5. Formularz informacji przedstawianych przez wnioskodawcę przy ubieganiu się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie ***(Załącznik nr 4a).***
6. Program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu (w postaci ***Załącznika nr 5*** lub informacji przygotowanej przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego zawierającej elementy wskazane w ***Załączniku nr 5*).**
7. Kserokopię certyfikatów jakości oferowanych usług posiadane przez realizatora, a w przypadku kursów kserokopię dokumentu,
na podstawie, którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego, jeżeli informacja ta nie jest dostępna w publicznych rejestrach elektronicznych.
8. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawionego przez realizatora (jeżeli nie wynika on
z przepisów powszechnie obowiązujących).
9. **Kserokopię dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej** prowadzonej działalności – w przypadku braku wpisu
do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
* **Pełnomocnictwo do reprezentowania pracodawcy** – w przypadku upoważnienia innej osoby do reprezentowania Pracodawcy przed Powiatowym Urzędem Pracy w sprawach związanych z realizacją wniosku konieczne jest przedłożenie dokumentu pełnomocnictwa.

**IX. WYPEŁNIA URZĄD:**

Wniosek jest kompletny i prawidłowo wypełniony:

1. ՗ TAK

…………………………………………………..

 (data, pieczęć i podpis pracownika urzędu )

1. ౟ NIE, wniosek jest niekompletny - uzasadnienie: …………………………………………………………………………………........

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

…………………………………………………..

 (data, pieczęć i podpis pracownika urzędu )

1. ౟ NIE, wniosek jest nieprawidłowo wypełniony – uzasadnienie: ………………………………………………………………………
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Wnioskodawca został poinformowany telefonicznie/ pisemnie o ww. nieprawidłowościach w dniu ……………………………..
i zobowiązany do ich usunięcia do dnia…………………………… . Wnioskodawcę poinformowano również, że niepoprawienie wniosku we wskazanym terminie będzie skutkować pozostawieniem wniosku bez rozpatrzenia.

 …………………………………………………..

 (data, pieczęć i podpis pracownika urzędu )

1. ՗ Wniosek prawidłowo wypełniony w dniu ……………….......

 …………………………………………………..

 (data, pieczęć i podpis pracownika urzędu)

1. ౟ Wniosek pozostaje bez rozpatrzenia z powodu nieusunięcia nieprawidłowości w wyznaczonym terminie.

…………………………………………………..

 (data, pieczęć i podpis pracownika urzędu)

## ELEMENTY UWZGLĘDNIONE PRZY ROZPATRYWANIU WNIOSKU:

1. Zgodność dofinansowywanych działań z ustalonymi priorytetami:
* TAK,
* NIE, uzasadnienie ………………………………………………………………………………………………………….
1. Celowość wnioskowanego kształcenia ustawicznego przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy:
* TAK,
* NIE, uzasadnienie …………………………………………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………………………..…………………………………………
1. Zgodność kompetencji nabytych przez uczestników z potrzebami lokalnego lub regionalnego rynku pracy:
* TAK,
* NIE, uzasadnienie …………………………………………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………………………..…………………………………………
1. Koszty usługi kształcenia ustawicznego porównywalne z kosztami podobnych usług dostępnych na rynku:
* TAK,
* NIE, uzasadnienie …………………………………………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………………………..…………………………………………
1. Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego:
* TAK,
* NIE, uzasadnienie ………………………………………………………………………………………………………….
1. W przypadku kursów – posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego dokumentu, na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego:
* TAK,
* NIE, uzasadnienie ………………………………………………………………………………………………………….
1. Plany dotyczące dalszego zatrudnienia osób objętych kształceniem ustawicznym:
* SPRECYZOWANE,
* NIEPSRECYZOWANE, uzasadnienie: …………………………………………………………………..………………
1. Możliwość sfinansowania działań ze środków KFS w kwocie ………………………………….

## DECYZJA DYREKTORA POWIATOWEGO URZĘDU PRACY W ŚWIECIU

* Wyrażam zgodę na przyznanie wnioskowanych środków na sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego
w kwocie …………………………..
* Wyrażam zgodę na przyznanie środków na częściowe sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego w następujących działaniach:
* kursy w kwocie …………………………………
* studia podyplomowe w kwocie ………………………………...
* egzaminy w kwocie ………………………………
* badania lekarskie i/lub psychologiczne w kwocie ………………………………
* ubezpieczenia NNW w kwocie …...........................................

Uzasadnienie:

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

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

* Nie wyrażam zgody.

Uzasadnienie: …………………………………………………………………………………………………………...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

……..………………………… ……………………………………….

 datapieczęć i podpis Dyrektora PUP