|  |
| --- |
| W:\Wyjaśnienia\2015-01-08 KFS Broszura\logo-KFS-pole ochronne.png **POWIATOWY URZĄD PRACY W BIELSKU-BIAŁEJ** **CENTRUM AKTYWIZACJI ZAWODOWEJ** **ul. Partyzantów 55****43-300 Bielsko-Biała****tel. 33 496 51 72, fax 33 496 51 51****Urząd Pracy** |
| **WNIOSEK O SFINANSOWANIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO** **PRACOWNIKÓW I PRACODAWCÓW**  |
| na podstawie art. 69 a i 69b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1482 z późn. zm.) oraz 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).  |
| **I. DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY:** |
| **1. Nazwa pracodawcy:** |   |
| **Nr telefonu:** |  | **e-mail:** |   |
| **NIP:** |   | **REGON:** |   |
| **PESEL** (w przypadku osoby fizycznej): |  |
| **Przeważający rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej wg PKD** |  |
| **2. Adres siedziby pracodawcy:** |   |
| **3. Miejsce prowadzenia działalności:** |   |
| **4. Nazwa banku:** |  |
| **Numer rachunku bankowego:** |  |  | **-** |  |  |  |  | **-** |  |  |  |  | **-** |  |  |  |  | **-** |  |  |  |  | **-** |  |  |  |  | **-** |  |  |  |  |
| **UWAGA!** W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku i otrzymania środków, należy dokonywać płatności za realizację kształcenia ustawicznego z powyżej wskazanego konta. Wskazane konto nie może być oprocentowane ani walutowe. |
| **5. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do:** |
| **a) reprezentacji i podpisania wnioskowanej umowy** |   |
| **b) kontaktów z PUP:** |   |
| **nr telefonu:** |  | **e-mail:** |  |
| **6. Liczba zatrudnionych pracowników na dzień złożenia wniosku:** |  | **W tym w przeliczeniu na pełen etat:** |  |
| **7. Wielkość przedsiębiorstwa zgodnie z Ustawą z dnia6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców** (Dz.U. z 2019 r. poz. 1292 zpóźń. zm.)***\**** *zaznaczyć właściwe znakiem - X* |
| **mikro** |  | **małe** |  | **średnie** |  | **duże** |  |
| Mikroprzedsiębiorstwo – przedsiębiorstwo zatrudniają średniorocznie mniej niż10 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EURO | Małe – przedsiębiorstwo zatrudniające średniorocznie mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EURO | Średnie - – przedsiębiorstwo zatrudniające średniorocznie mniej niż 250 pracowników i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EURO i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 mln EURO | - |
| **8. Pracodawca w bieżącym roku złożył wniosek lub zamierza wnioskować o środki Krajowego Funduszu Szkoleniowego (KFS) na sfinansowanie kształcenia ustawicznego w innym Powiatowym Urzędzie Pracy*****\*****zaznaczyć właściwe znakiem - X* |
| **TAK** |  | **NIE** |  |
| **w Urzędzie Pracy w:** |  |  |
| **9. Okres realizacji wnioskowanego kształcenia ustawicznego (od …. do ….):** |   |
| **II. PRIORYTETY WYDATKOWANIA ŚRODKÓW KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO** |
| **Uwaga!** Przy ubieganiu się o środki Krajowego Funduszu Szkoleniowego – należy zaznaczyć, w ramach którego priorytetu Pracodawca wnioskuje o środki z Krajowego Funduszu Szkoleniowego\**\* zaznaczyć właściwe znakiem - X* |
| **PRIORYTET I: Wsparcie kształcenia ustawicznego dla osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem** |  | **Ilość osób** |  |
| **PRIORYTET II: Wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia** |  | **Ilość osób** |  |
| **PRIORYTET III: Wsparcie zawodowe kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych** |  | **Ilość osób** |  |
| **PRIORYTET IV: Wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z rozwojem w firmach technologii i zastosowaniem wprowadzanych przez firmy narzędzi pracy** |  | **Ilość osób** |  |
| **PRIORYTET V: Wsparcie kształcenia ustawicznego w obszarach/branżach kluczowych dla rozwoju powiatu/województwa wskazanych w dokumentach strategicznych/planach rozwoju** |  | **Ilość osób** |  |
| **PRIORYTET VI: Wsparcie realizacji szkoleń dla 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** |  | **Ilość osób** |  |
| **PRIORYTET VII: Wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników zatrudnionych w podmiotach podsiadających status przedsiębiorstwa społecznego, wskazanych na liście przedsiębiorstw społecznych prowadzonej przez MRPiPS, członków lub pracowników spółdzielni socjalnych lub pracowników Zakładów Aktywności Zawodowej** |  | **Ilość osób** |  |

|  |
| --- |
| **III. WSKAZANIE DZIAŁAŃ OBEJMUJĄCYCH KSZTAŁCENIE USTAWICZNE PRACODAWCY I/LUB PRACOWNIKÓW** |
| **Informacje o planowanych formach kształcenia ustawicznego oraz liczbie uczestników:** |
| **Wyszczególnienie** | **Liczba osób przewidzianych do objęcia wsparciem, w tym:** |
| **Liczba pracodawców** | **Liczba pracowników** | **Ogółem** |
| **ogółem** | **w tym kobiet** |
| **Objęci wsparciem** | **1** | **2** | **3** | **4 (1+2)** |
| **Według rodzajów wsparcia** | **Kursy realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą** |   |   |   |   |
| **Studia podyplomowe z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą** |   |   |   |   |
| **Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych** |   |   |   |   |
| **Badania lekarskie i/lub psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu** |  |   |   |   |
| **Ubezpieczenie od NNW związanych z podjęciem kształcenia** |   |   |   |   |
| **Według grup wiekowych** | **15 - 24 lata** |   |   |   |   |
| **25 - 34 lata** |   |   |   |   |
| **35 - 44 lata** |   |   |   |   |
| **45 lat i więcej** |   |   |   |   |
| **Według poziomu wykształcenia** | **gimnazjalne i poniżej** |   |   |   |   |
| **zasadnicze zawodowe** |   |   |   |  |
| **średnie ogólnokształcące** |   |    |  |  |
| **policealne i średnie zawodowe** |   |   |   |   |
| **wyższe** |   |   |   |   |

|  |
| --- |
| **IV. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYDATKÓW NA POSZCZEGÓLNE FORMY KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO:** \*zaznaczyć właściwe |
| **SZKOLENIE\*** |  | **Nr** |  | **PRIORYTET nr** **(wpisać właściwy)** |  |
| **STUDIA PODYPLOMOWE\*** |  | **Nr** |  |
| **EGZAMIN\*** |  | **Nr** |  |
| **UWAGA!!!** Należy wypełnić odrębne **tabele dla każdego z kształceń ustawicznych**. |
| **Nazwa / kierunek kształcenia ustawicznego:** |  |
| **Realizator kształcenia:** |  | **Miejsce przeprowadzenia kształcenia:** |  |
| **Adres realizatora kształcenia:** |  | **Termin kształcenia** **(od …. do …):** |  |
| **Stanowiska pracy wraz z podaniem ilości osób** | **Liczba osób objętych danym kształceniem** | **Koszt kształcenia dla jednej osobyw zł[[1]](#footnote-2)** | **Koszt w złRAZEM** | **Wnioskowana wysokość środków z KFS w złRAZEM** | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł[[2]](#footnote-3)RAZEM** |
| 1 | 2 | 3 | 4 (2 x 3) | 5 | 6 |
| 1. ……………………... - ……... osób |  |  |  |  |  |
| 2. ……………………... - ……... osób |
| 3. ……………………... - ……... osób |
| UWAGA! Podane stanowisko musi być zgodne z umową zawartą z pracownikiem! |
| **PORÓWNANIE CENY KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO Z CENĄ PODOBNYCH USŁUG OFEROWANYCH NA RYNKU\*** |
| **Lp.** | **Nazwa i siedziba realizatora** | **NIP/****REGON** | **Liczba godzin kształcenia ustawicznego** | **Koszt kształcenia dla jednego uczestnika** | **Certyfikaty jakości usług posiadaneprzez realizatora**(np. Certyfikat ISO 9001:2008, akredytacja np. Kuratora Oświaty, Centrów Egzaminacyjnych ECDL, itp.) – \***z terminem upływu ważności certyfikatu** | **Wskazanie dokumentu, na podstawie którego Instytucja szkoleniowa prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego\*\***(Jeżeli informacja ta jest dostępna w publicznych rejestrach elektronicznych wystarczy wskazać ten rejestr – np. CEIDG, KRS, RIS, itp. W przypadku braku informacji w publicznych rejestrach elektronicznych należy dołączyć dokument wraz ze stosownym wyjaśnieniem) |
| **Netto** | **Brutto** |
| **1. Wybrany**realizator |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. Realizator **do porównania** |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. Realizator **do porównania** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Uzasadnienie wyboru wskazanego realizatora usługi kształcenia ustawicznego:** |   |

|  |
| --- |
| **V. UZASADNIENIE POTRZEBY ODBYCIA KSZTAŁCENIA W RAMACH WSKAZANEGO KSZTAŁCENIA PRZY UWZGLĘDNIENIU OBECNYCH LUB PRZYSZŁYCH POTRZEB PRACODAWCY** |
| **UWAGA!!!** Należy odpowiedzieć na wszystkie pytania **w odniesieniu do każdego stanowiska pracy wymienionego w pkt. IV tabeli odrębnie**! |
| **STANOWISKO PRACY** |  | Nr priorytetu, w który wpisuje się stanowisko: |  |
| Zakres zadań zawodowych wykonywanych na ww. stanowisku: |  |
| Zawód zgodny z barometrem zawodów dla miasta Bielsko-Biała i powiatu bielskiego **w odniesieniu do wnioskowanego szkolenia**\*zaznaczyć właściwe znakiem X | Nazwa zawodu |  | Kod zawodu |  |
| Deficyt\* |  | Równowaga\* |  | Nadwyżka\* |  |
| 1. **Jakie są aktualne lub przyszłe potrzeby wskazujące na konieczność objęcia danym szkoleniem, z uwzględnieniem braków w kompetencjach pracodawcy /pracowników?**

**(**Należy wskazać związek pomiędzy planowanym działaniem a wykonywaniem pracy w zawodzie przez pracownika / pracodawcę oraz przyjętymi priorytetami KFS.) |
|  |
| 1. **Jakie kompetencje / kwalifikacje nabędą uczestnicy szkolenia?**
 |
|  |
| **3. W jaki sposób nabyte kompetencje / kwalifikacje wpisują się w potrzeby lokalnego lub regionalnego pracy?**(Należy bazować na opracowaniach: „Barometr zawodów 2020” dla miasta Bielsko-Biała i powiatu bielskiego dostępnego na stronie internetowej Urzędu.) |
|  |
| **4. W jaki sposób wsparcie przyczyni się do utrzymania zatrudnienia?**(Należy podać liczbę osób spośród planowanych do przeszkolenia, w stosunku do których pracodawca planuje dalsze zatrudnienie i jakiego typu są to plany.) |
|  |
| **STANOWISKO PRACY** |  | Nr priorytetu, w który wpisuje się stanowisko: |  |
| Zakres zadań zawodowych wykonywanych na ww. stanowisku: |  |
| Zawód zgodny z barometrem zawodów dla miasta Bielsko-Biała i powiatu bielskiego **w odniesieniu do wnioskowanego szkolenia**\*zaznaczyć właściwe znakiem X | Nazwa zawodu |  | Kod zawodu |  |
| Deficyt\* |  | Równowaga\* |  | Nadwyżka\* |  |
| 1. **Jakie są aktualne lub przyszłe potrzeby wskazujące na konieczność objęcia danym szkoleniem, z uwzględnieniem braków w kompetencjach pracodawcy /pracowników?**

**(**Należy wskazać związek pomiędzy planowanym działaniem a wykonywaniem pracy w zawodzie przez pracownika / pracodawcę oraz przyjętymi priorytetami KFS.) |
|  |
| 1. **Jakie kompetencje / kwalifikacje nabędą uczestnicy szkolenia?**
 |
|  |
| **3. W jaki sposób nabyte kompetencje / kwalifikacje wpisują się w potrzeby lokalnego lub regionalnego pracy?**(Należy bazować na opracowaniach: „Barometr zawodów 2019” dla miasta Bielsko-Biała i powiatu dostępnego na stronie internetowej Urzędu.) |
|  |
| **4. W jaki sposób wsparcie przyczyni się do utrzymania zatrudnienia?**(Należy podać liczbę osób spośród planowanych do przeszkolenia, w stosunku do których pracodawca planuje dalsze zatrudnienie i jakiego typu są to plany.) |
|  |

|  |
| --- |
| **VI. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYDATKÓW NA POSZCZEGÓLNE FORMY KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO:** |
| **BADANIA LEKARSKIE nr**  |   | **PRIORYTET nr****(wpisać właściwe)** |   |
| **UWAGA!!!** Należy wypełnić odrębne **tabele dla poszczególnych badań**. |
| **Rodzaj badań lekarskich i psychologicznych wymaganych do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu:** |   |
| **Nazwa placówki przeprowadzającej badania lekarskie:** |  |
| **Siedziba placówki przeprowadzającej badania lekarskie:** |  |
| **Termin przeprowadzenia badań:** |  |
| **Stanowiska pracy wraz z podaniem ilości osób** | **Liczba osób objętych danym badaniem** | **Koszt badań lekarskich dla jednej osobyw zł**  | **Koszt w złRAZEM** | **Wnioskowana wysokość środków z KFS w złRAZEM** | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w złRAZEM** |
| 1 | 2 | 3 | 4 (2 x 3) | 5 | 6 |
| 1. ……………………... - ……... osób |   |   |   |   |   |
| 2. ……………………... - ……... osób |
| 3. ……………………... - ……... osób  |
| Uwaga! Podane stanowisko musi być zgodne z umową zawartą z pracownikiem |
| **PORÓWNANIE CEN BADAŃ LEKARSKICH Z CENAMI PODOBNYCH USŁUG OFEROWANYCH NA RYNKU** |
| **Lp.** | **Nazwa i siedziba placówek przeprowadzających badania lekarskie** | **NIP/REGON** | **Koszt badań lekarskich lub psychologicznych dla jednego osoby** |  |
| **Netto** | **Brutto** |
| **1. Wybrana** placówka |   |   |   |   |
| 2. Placówka **do porównania** |   |   |   |   |
| 3. Placówka **do porównania** |   |   |   |   |
| **Uzasadnienie wyboru placówki przeprowadzającej badania:** |   |

|  |
| --- |
| **VII. UZASADNIENIE POTRZEBY SFINANSOWANIA WSKAZANYCH BADAŃ PRZY UWZGLĘDNIENIU OBECNYCH LUB PRZYSZŁYCH POTRZEB PRACODAWCY** |
| **UWAGA!!!** Należy odpowiedzieć na wszystkie pytania **w odniesieniu do każdego stanowiska pracy wymienionego w pkt. VI tabeli odrębnie**! |
| **STANOWISKO PRACY** |  | Nr priorytetu, w który wpisuje się stanowisko: |  |
| Zakres zadań zawodowych wykonywanych na ww. stanowisku: |  |
| Zawód zgodny z barometrem zawodów dla miasta Bielsko-Biała i powiatu bielskiego\*zaznaczyć właściwe znakiem X | Nazwa zawodu |  | Kod zawodu |  |
| Deficyt\* |  | Równowaga\* |  | Nadwyżka\* |  |
| 1. **Jakie są aktualne lub przyszłe potrzeby wymagające zastosowania przedmiotowego wsparcia?**
 |
|  |
| **STANOWISKO PRACY** |  | Nr priorytetu, w który wpisuje się stanowisko: |  |
| Zakres zadań zawodowych wykonywanych na ww. stanowisku: |  |
| Zawód zgodny z barometrem zawodów dla miasta Bielsko-Biała i powiatu bielskiego \*zaznaczyć właściwe znakiem X | Nazwa zawodu |  | Kod zawodu |  |
| Deficyt\* |  | Równowaga\* |  | Nadwyżka\* |  |
| 1. **Jakie są aktualne lub przyszłe potrzeby wymagające zastosowania przedmiotowego wsparcia?**
 |
|  |

|  |
| --- |
| **VIII. INFORMACJE DOTYCZĄCE WYDATKÓW NA POSZCZEGÓLNE FORMY KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO:** |
| **UBEZPIECZENIE OD NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW nr**  |   | **PRIORYTET nr****(wpisać właściwe)** |   |
| **UWAGA!!!** Należy wypełnić odrębne **tabele dla poszczególnych badań.** |
| **Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem:** |   |
| **Nazwa ubezpieczyciela:** |  |
| **Data ubezpieczenia (od … do …):** |  |
| **Stanowiska pracy wraz z podaniem ilości osób** | **Liczba osób objętych danym ubezpieczeniem** | **Koszt ubezpieczenia NNW dla jednej osobyw zł**  | **Koszt w złRAZEM** | **Wnioskowana wysokość środków z KFS w złRAZEM** | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w złRAZEM** |
| 1 | 2 | 3 | 4 (2 x 3) | 5 | 6 |
| 1. ……………………... - ……... osób |   |   |   |   |   |
| 2. ……………………... - ……... osób |
| 3. ……………………... - ……... osób  |
| Uwaga! Podane stanowisko musi być zgodne z umową zawartą z pracownikiem |
| **PORÓWNANIE OFERT UBEZPIECZENIOWYCH Z CENAMI PODOBNYCH USŁUG OFEROWANYCH NA RYNKU** |
| **Lp.** | **Nazwa i siedziba ubezpieczyciela** | **NIP/REGON** | **Koszt ubezpieczenia od NNW dla jednej osoby** |  |
| **Netto** | **Brutto** |
| 1. **Wybrany** ubezpieczyciel |   |   |   |   |
| 2. Ubezpieczyciel **do porównania** |   |   |   |   |
| 3. Ubezpieczyciel **do porównania** |   |   |   |   |
| **Uzasadnienie wyboru Ubezpieczyciela:** |   |

|  |
| --- |
| **IX UZASADNIENIE POTRZEBY SFINANSOWANIA WSKAZANYCH BADAŃ PRZY UWZGLĘDNIENIU OBECNYCH LUB PRZYSZŁYCH POTRZEB PRACODAWCY** |
| **UWAGA!!!** Należy odpowiedzieć na wszystkie pytania **w odniesieniu do każdego stanowiska pracy wymienionego w pkt. XII tabeli odrębnie**! |
| **STANOWISKO PRACY** |  | Nr priorytetu, w który wpisuje się stanowisko: |  |
| Zakres zadań zawodowych wykonywanych na ww. stanowisku: |  |
| Zawód zgodny z barometrem zawodów dla miasta Bielsko-Biała i powiatu bielskiego \*zaznaczyć właściwe znakiem X | Nazwa zawodu |  | Kod zawodu |  |
| Deficyt\* |  | Równowaga\* |  | Nadwyżka\* |  |
| 1. **Jakie są aktualne lub przyszłe potrzeby wymagające zastosowania przedmiotowego wsparcia?**
 |
| Uzasadnienie: |
| **STANOWISKO PRACY** |  | Nr priorytetu, w który wpisuje się stanowisko: |  |
| Zakres zadań zawodowych wykonywanych na ww. stanowisku: |  |
| Zawód zgodny z barometrem zawodów dla miasta Bielsko-Biała i powiatu bielskiego \*zaznaczyć właściwe znakiem X | Nazwa zawodu |  | Kod zawodu |  |
| Deficyt\* |  | Równowaga\* |  | Nadwyżka\* |  |
| 1. **Jakie są aktualne lub przyszłe potrzeby wymagające zastosowania przedmiotowego wsparcia?**
 |
| Uzasadnienie: |

|  |
| --- |
| **X. WARTOŚĆ PLANOWANYCH DZIAŁAŃ ZWIĄZANYCH Z KSZTAŁCENIEM USTAWICZNYM** |
| **Całkowita wartość planowanych działań związanych z kształceniem ustawicznym:** | **………………….. zł** |
| **w tym:** |
| **kwota wnioskowana z KFS** | **………………….. zł** |
| **kwota wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę\*:** | **………………….. zł** |
| \* nie dotyczy mikroprzedsiębiorstw |
| **XI. DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ:** |
| 1. Dokumenty potwierdzające formę prawną istnienia Wnioskodawcy.

W przypadku spółek cywilnych – umowy spółek wraz z wprowadzonymi zmianami; w przypadku fundacji, stowarzyszeń, spółdzielni – statuty, regulaminy, uchwały lub inne dokumenty oznaczające formę prawną podmiotu.1. Pełnomocnictwo w oryginale, w postaci notarialnie potwierdzonej kopii bądź kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez osobę lub osoby udzielające pełnomocnictwa.
2. Wykaz osób, które mają zostać objęte działaniami finansowymi z udziałem środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego – **załącznik nr 1**.
3. Oświadczenie Pracodawcy – **załącznik nr 2**.
4. Oświadczenie Pracodawcy – **załącznik nr 3**.
5. Oświadczenie Pracodawcy – **załącznik nr 4**.
6. Programy poszczególnych szkoleń, programy studiów podyplomowych **(załącznik nr 5**) bądź zakresy egzaminów **(załącznik nr 6**). Ww. dokumenty powinny być złożone zgodnie ze wzorami stanowiącymi załączniki nr 5 i 6 do Wniosku z KFS, bądź programami własnymi Instytucji Szkoleniowej / Organizatora pod warunkiem uwzględnienia wszystkich elementów z ww. załączników.
7. Wzory dokumentów potwierdzających kompetencje / kwalifikacje nabyte przez uczestników, wystawianych przez realizatorów usług kształcenia ustawicznego, o ile nie wynikają one z przepisów powszechnie obowiązujących (wtedy należy je wskazać). Wzory powinny dotyczyć każdego wnioskowanego szkolenia / studiów podyplomowych i uwzględniać ich nazwę. Jeżeli wzory nie wynikają z przepisów szczególnych winny zawierać następujące informacje: Imię i nazwisko uczestnika szkolenia, PESEL bądź datę urodzenia, nazwę kształcenia ustawicznego, okres trwania szkolenia, zakres tematyczny kształcenia ustawicznego i wymiar godzin, pieczęć i nazwę Organizatora kształcenia, datę wydania.
8. Kopie certyfikatów jakości usług posiadane przez Organizatora Kształcenia Ustawicznego.
9. W przypadku szkoleń należy dołączyć dokument, na podstawie którego realizator kształcenia prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego, jeżeli informacja ta nie jest dostępna w publicznych rejestrach elektronicznych.
10. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis w oparciu o 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 2010 r. Nr 53, poz. 311 z późn. zm.), lub
11. Formularz informacji przedstawianych w oparciu o 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) – jeśli dotyczy.
12. . **Gdy otrzymano pomoc de minimis**, w tym także pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie, należy dołączyć wszystkie **zaświadczenia potwierdzające otrzymanie tej pomocy**, w roku w którym Pracodawca ubiega się o pomoc, oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat obrotowych, albo oświadczenia o wielkości pomocy de minimis otrzymanej w tym okresie – **załącznik nr 7**.
13. Ogólna klauzula informacyjna – **załącznik nr 8**.
 |
| **Wszystkie kserokopie wymaganych dokumentów muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Pracodawcę lub osobę uprawnioną, o której mowa w art. 76a § 2 i 2a k.p.a.** |
|  |
| **Oświadczam, że:**1. **Informacje zawarte w niniejszym wniosku i w załączonych do niego dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.**
2. **Zapoznałem się :**

**- z zasadami finansowania kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego opracowanymi przez Powiatowy Urząd Pracy w Bielsku-Białej zamieszczonymi na stronie internetowej PUP w Bielsku-Białej;****- z Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 14 maja 2014 roku w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018 r. poz 117)****- z Ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2019 poz. 1482 z późn. zm.)** |
|  |   |
| **/data, podpis i pieczątka pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy** |
| **Informacje uzupełniające:**1) Wnioski o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego należy składać w PUP właściwym ze względu na siedzibę Pracodawcy albo miejsce prowadzenia działalności, wyłącznie w terminach ich naboru, ogłoszonych przez Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy.2) Wszystkie jasne pola we wniosku muszą zostać wypełnione, w przypadku gdy którykolwiek punkt wniosku nie dotyczy Pracodawcy należy wpisać „nie dotyczy”.3) Wszelkie skreślenia i naniesione poprawki muszą być czytelne i parafowane przez Pracodawcę.4) W przypadku nieprawidłowo wypełnionego wniosku Urząd wyznaczy pracodawcy termin 7 dni roboczych do jego poprawienia.5) Wniosek pracodawcy pozostawia się bez rozpatrzenia, w przypadku niepoprawienia wniosku we wskazanym terminie lub niedołączenia wymaganych załączników.6) W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku PUP zawiera z pracodawcą umowę o finansowanie działań obejmujących kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy.7) Wniosek pracodawcy stanowi integralną część ww. umowy o finansowanie działań (…). |
| Podstawa prawna:1. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 1482 z późn. zm.).2. Rozporządzenie 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).3. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz. U. z 2020 poz. 708).4. Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej – wersja skonsolidowana (Dz. Urz. UE C 326 z 26.10.2012 r.).5. 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 s.1).6. 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 s. 9) wraz ze zmianą Rozporządzenie komisji (UE) Nr 2019/316 z dnia 21 lutego 2019 (Dz. Urz. L 51 z dn. 22.02.2019 s.1).7. Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06. 2014 r. s. 45 |

(pieczęć firmowa Wnioskodawcy) **Załącznik nr 1**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Należy określić kogo dotyczy:****Pracownik / Pracodawca** | **Stanowisko pracy** | **Poziom wykształcenia\*** | **Forma zatrudnienia i okres zatrudnienia****od …. do…** | **Grupa wiekowa\*\*** | **Nazwa szkolenia / studiów podyplomowych / egzaminu / badań / ubezpieczenia NNW\*\*\*** | **Koszt kształcenia ustawicznego na 1 uczestnika** | **PRIORYTET I, II, III, IV, V, VI, VII – wpisać właściwe** | **Korzystał / Nie korzystał ze środków KFS w 2019/2020 r. w kwocie** |
|
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Oświadczam, iż:

* wykazani pracownicy objęci niniejszym wnioskiem, dla których przeznaczone zostaną środki na kształcenia ustawiczne są zatrudnieni zgodnie z Kodeksem Pracy na podstawie umowy opracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy opracę,
* ww. osoby nie przebywają na urlopie macierzyńskim, ojcowskim lub wychowawczym.

***Uwaga! W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, przed podpisaniem umowy niezbędne będzie dostarczenie ww. wykazu osób objętych kształceniem ustawicznym zawierającym imię i nazwisko osoby, a także na wezwanie Urzędu udokumentowania prawdziwości danych zawartych w powyżej tabeli oraz złożenia oświadczeń.***

……....……………………………………

 /podpis i pieczątka pracodawcy lub osoby upoważnionej

 do reprezentowania pracodawcy/

\* podstawowe, gimnazjalne, zasadnicze zawodowe, średnie ogólnokształcące, średnie zawodowe, policealne, wyższe

\*\* 15 - 24 lata; 25 – 34 lata; 35 - 44 lata; 45 lat i więcej (na dzień złożenia wniosku)

\*\*\*wpisać właściwe

**Załącznik nr 2**

**OŚWIADCZENIA PRACODAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
|  1. | **Wypełnia pracodawca ubiegający się o pomoc w ramach priorytetu I.**Wsparcie kształcenia ustawicznego w ramach priorytetu I : dotyczy nie dotyczyosób, które w ciągu jednego roku przed datą złożenia wniosku o dofinansowanie podjęły pracę po przerwie spowodowanej sprawowaniem opieki nad dzieckiem |
|  2. | **Wypełnia pracodawca ubiegający się o pomoc w ramach priorytetu V.**Wsparcie kształcenia ustawicznego w ramach priorytetu V: dotyczy nie dotyczyniżej wymienionych dokumentów strategicznych/planach rozwoju;………………………………………………………………………………………………………………… (podać źródło) |
| 2. | **Wypełnia pracodawca ubiegający się o pomoc w ramach priorytetu VI.**Wsparcie kształcenia ustawicznego w ramach priorytetu VI : dotyczy nie dotyczyinstruktorów 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. |
| 3. | **Wypełnia pracodawca ubiegający się o pomoc w ramach priorytetu VII.** W przypadku osób wytypowanych do objęcia wsparciem w ramach priorytetu VII zobowiązuję się przyznać środki KFS na kształcenie ustawiczne : pracowników zatrudnionych w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego, wskazanych na liście przedsiębiorstw społecznych prowadzonej przez MRPiPS.Podmiot posiada status przedsiębiorstwa społecznego - w okresie od…………. do …….…….;  członków lub pracowników spółdzielni socjalnej; pracowników Zakładu Aktywizacji Zawodowej .  |

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

podpis i pieczątka pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy

**Załącznik nr 3**

(pieczęć firmowa Wnioskodawcy) (miejscowość i data)

**OŚWIADCZENIA PRACODAWCY**

**\* - niepotrzebne skreślić**

**Posiadając pełną zdolność do czynności prawnych, zgodnie ze stanem faktycznym i w pełni świadomy w imieniu własnym / podmiotu, który reprezentuje\*oświadczam, że**:

1. **Zatrudniam / nie zatrudniam\*** pracowników na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę, a w przypadku nauczycieli - Kartą Nauczyciela lub przepisami Kodeksu Pracy.
2. Zakład pracy **jest** / **niejest**\* w stanie likwidacji lub upadłości.
3. **Ubiegam się** / **nieubiegam się**\* o środki na kształcenie pracowników objętych niniejszym wnioskiem w innym powiatowym urzędzie pracy.
4. Środki przeznaczone na kształcenie ustawiczne pracowników objętych niniejszym wnioskiem **przekroczą** / **nie** **przekroczą**\* 300 procent przeciętnego wynagrodzenia na osobę.
5. **Jestem / nie jestem\***mikroprzedsiębiorcąw rozumieniu art. 2 załącznika nr I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r.
6. **Prowadzę / nie prowadzę\*** działalności gospodarczej w rozumieniu prawa konkurencji Unii Europejskiej.
7. Na dzień złożenia niniejszego wniosku **zalegam** / **nie zalegam\***z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych;
8. **Otrzymałem / Nie otrzymałem\*** pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub w rybołówstwie w roku, w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat obrotowych.[[3]](#footnote-4)

UWAGA!!! Przy ustalaniu wartości pomocy udzielonej Wnioskodawcy uwzględnia się także sumę wartości pomocy udzielonej przedsiębiorstwom powiązanym.

1. **Jestem / Nie jestem**\*beneficjentem podlegającym przepisom o pomocy publicznej w ramach wnioskowanych środków.
2. **Spełniam / Nie spełniam\*** warunki określone w Rozporządzeniu 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 s. 1).
3. **Spełniam / Nie spełniam\*** warunki określone w **Rozporządzeniu 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 s. 9).
4. **Spełniam / Nie spełniam\*** warunki określone w Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.2014, s. 45).
5. **Jestem / Nie jestem\***pracodawcą, na którym ciąży obowiązek zwrotu wcześniej otrzymanej pomocy publicznej.
6. Działalność **jest/nie jest\*** prowadzona w sektorze transportu drogowego

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

/podpis i pieczątka pracodawcy lub osoby upoważnionej

 do reprezentowania pracodawcy

**Załącznik nr 4**

(pieczęć firmowa Wnioskodawcy) (miejscowość i data)

**OŚWIADCZENIA PRACODAWCY**

**W imieniu własnym / podmiotu, który reprezentujeoświadczam, że:**

1. **Zapoznałem** się z przepisami ustawy o promocji zatrudnienia (…) w zakresie KFS oraz rozporządzeniem MPiPS z 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (w tym o konieczności zawarcia umowy pomiędzy pracodawcą a pracownikiem, któremu zostaną sfinansowane koszty kształcenia ustawicznego, określającej prawa i obowiązki stron.
2. **Mam/yświadomość**, iż Urząd finansuje koszty kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców z wyłączeniem kosztów wyżywienia, zakwaterowania i dojazdów.
3. Zaplanowane formy wsparcia w ramach kształcenia ustawicznego będą realizowane przez jednostkę zewnętrzną, z którą nie jestem powiązany osobiście lub kapitałowo.
4. Jestem świadomy, że dane osobowe dotyczące mojej osoby / dane podmiotu, w tym imię i nazwisko osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktów będą zbierane, przetwarzane, udostępniane i archiwizowane dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o której mowa w rozporządzeniu MPiPS z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (t.j. Dz. U z 2018 r. poz. 117), zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), a także innych przepisów dotyczących ochrony danych osobowych.
5. W sytuacji otrzymania pomocy publicznej lub pomocy de minimis, de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie, w okresie od dnia złożenia niniejszego wniosku do dnia podpisania umowy z PUP zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Urzędu o fakcie uzyskania takiej pomocy,
6. Zobowiązuje się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Bielsku-Białej
(w szczególności w okresie od złożenia wniosku do podpisania umowy) o wszelkich zmianach stanu prawnego lub faktycznego wskazanego w dniu złożenia przedmiotowego wniosku.

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

/podpis i pieczątka pracodawcy lub osoby upoważnionej

 do reprezentowania pracodawcy



**Załącznik nr 5**

 ( pieczęć realizatora)

**PROGRAM KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

1. Nazwa i adres realizatora kształcenia ustawicznego: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Nazwa kształcenia ustawicznego: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. Miejsce odbywania kształcenia ustawicznego: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………..
4. Forma kształcenia ustawicznego\*:
5. Indywidualna
6. Grupowa

 \*Zaznaczyć właściwe

1. Liczba godzin kształcenia ustawicznego: …………
2. Cel kształcenia ustawicznego: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. Posiadane certyfikaty jakości kształcenia, jeżeli Realizator je posiada: ………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………..…...………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………

8. Plan nauczania:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Temat zajęć edukacyjnych* | *Opis treści – kluczowe punkty szkolenia w zakresie poszczególnych zajęć edukacyjnych* | *Wymiar zajęć edukacyjnych**(w godzinach zegarowych)* |
| *teoretyczne* | *praktyczne* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

/podpis i pieczątka realizatora kształcenia ustawicznego/



**Załącznik nr 6**

 ( pieczęć realizatora)

**INFORMACJA DOTYCZĄCA EGZAMINU**

1. Nazwa i adres jednostki przeprowadzającej egzamin: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Nazwa egzaminu: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. Miejsce przeprowadzenia egzaminu:

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

1. Cele kształcenia ustawicznego: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **ZAKRES EGZAMINU** |
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |

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

/podpis i pieczątka realizatora kształcenia ustawicznego/



**Załącznik nr 7**

 ………………………………

 (miejscowość, data)

**OŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS**

Oświadczam, iż ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

(nazwa wnioskodawcy i adres)

w ciągu bieżącego roku oraz dwóch poprzedzających go lat (zaznacz „x”):

* nie otrzymałem (-am) niżej wymienionej pomocy.
* otrzymałem (-am):
* pomoc de minimis o wartości ……………………………….. euro,
* pomoc de minimis w rybołówstwie o wartości ……………………………….. euro,
* pomoc de minimis w rolnictwie o wartości ……………………………….. euro.

 …………………………………………………

/podpis i pieczątka pracodawcy lub osoby upoważnionej

 do reprezentowania pracodawcy/

 **Załącznik nr 8**

(pieczęć firmowa Wnioskodawcy) (miejscowość i data)

**Ogólna klauzula informacyjna**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119, s. 1) – dalej RODO − informujemy, że:

1. **Administrator danych osobowych**

Administratorem danych, w tym danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Bielsku-Białej mający siedzibę przy ul. Partyzantów 55, 43-300 Bielsko-Biała, reprezentowany przez Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Bielsku-Białej zwanego dalej administratorem.

1. **Inspektor Ochrony Danych**

Wyznaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych Roberta Hylę, z którym możesz się skontaktować w sprawach ochrony swoich danych osobowych pod e-mailem: iod@pup-bielsko.pl lub pisemnie na adres naszej siedziby, wskazany w pkt I.

1. **Cele i podstawy przetwarzania**

Określono cele przetwarzania Państwa danych. Jako administrator będziemy przetwarzać Państwa dane:

1. w celu sfinansowania dla Państwa kosztów kształcenia – na podstawie umowy podpisanej z Państwem (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. b RODO),
2. w celu ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony przed roszczeniami będącego realizacją naszego prawnie uzasadnionego w tym interesu (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
3. **Prawo do sprzeciwu**
4. W każdej chwili przysługuje Państwu prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych opisanych powyżej. Przestaniemy przetwarzać Państwa dane w tych celach, chyba że będziemy w stanie wykazać, że w stosunku do Państwa danych istnieją dla nas ważne prawnie uzasadnione podstawy, które są nadrzędne wobec Państwa interesów, praw i wolności lub Państwa dane będą nam niezbędne do ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
5. **Okres przechowywania danych**
6. Państwa dane osobowe wynikające z zawarcia umowy będą przetwarzane przez okres 10 lat.
7. **Odbiorcy danych**

Państwa dane osobowe mogą zostać ujawnione: Państwu, podmiotom realizującym szkolenie, podmiotom uprawnionym do kontroli oraz organom państwa w zakresie realizowanych przez nie postępowań.

1. **Prawa osób, których dane dotyczą:**

Zgodnie z RODO, przysługuje Państwu:

1. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
2. prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
3. prawo do usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych;
4. prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
5. prawo do przenoszenia danych;
6. prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.
7. **Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych**

Podanie danych stanowi warunek zawarcia umowy.

1. **Zautomatyzowane podejmowanie decyzji**

W procesie wykonywania umowy nie podejmujemy decyzji w sposób zautomatyzowany, w tym profilowania.

 …………………………………………………

/podpis i pieczątka pracodawcy lub osoby upoważnionej

 do reprezentowania pracodawcy/

1. **\*** Nie dotyczy kształcenia w formie egzaminu

\*\* Nie dotyczy kształcenia w formie studiów podyplomowych.

**Koszt szkoleń** – nie może zawierać kosztów wyżywienia, noclegów i dojazdów [↑](#footnote-ref-2)
2. **Wkład własny** - nie należy przy wyliczaniu kosztów szkoleń uwzględniać innych kosztów, które pracodawca ponosi w związku z udziałem pracowników w kształceniu ustawicznym, np. wynagrodzenia za godziny nieobecności w pracy związane z uczestnictwem w zajęciach, kosztów delegacji w przypadku konieczności dojazdu do miejscowości innej niż miejsce pracy itp. [↑](#footnote-ref-3)
3. W przypadku otrzymania pomocy de minimis, de minimis w rolnictwie lub de minimis w rybołówstwie należy do wniosku dołączyć wszystkie zaświadczenia lub oświadczenia o wielkości uzyskanej pomocy. [↑](#footnote-ref-4)