Załącznik nr 1 do zasad przyznawania
środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego
 w Powiatowym Urzędzie Pracy w Opatowie

 *………………………………………………….*  ………..…………………………**Pieczęć wnioskodawcy** (Miejscowość, data)

Nr wniosku: CAZ………… .2025

WnKszUstKFS…………………

Wypełnia PUP Opatów

**WNIOSEK O DOFINANSOWANIE KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO PRACOWNIKÓW I PRACODAWCY ZE ŚRODKÓW KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO**

*(art. 69a i 69b ust. 1- 7 ustawy z dnia 20.04.2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014r. w sprawie przyznawania środków
z Krajowego Funduszu Szkoleniowego*

**Informacja:**

1. Wniosek należy wypełnić czytelnie.
2. Wszelkie skreślenia i poprawki muszą być parafowane przez wnioskodawcę.
3. Każda pozycja we wniosku musi zostać wypełniona, w przypadku, gdy którykolwiek punkt wniosku nie dotyczy wnioskodawcy należy wpisać **„nie dotyczy”.**
4. Liczbę wierszy w części uzasadnijącej wniosek należy dostosowac do potrzeb.
5. **DANE PRACODAWCY**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Nazwa pracodawcy |  |
| 2. Adres siedziby pracodawcy *(ulica, nr budynku, kod miejscowość)* |  |
| 3. Miejsce prowadzenia działalności gospodarczej *(jeśli jest inne niż adres siedziby)* |  |
| 4.Przeważający rodzaj działaności gospodarczej według Polskiej Klasyfikacji Działalnosci (PKD) |  |
| 5.NIP  | 6.REGON  |
| 7.Liczba zatrudnionych pracowników*(Pracownik oznacza osobę fizyczną zatrudnioną na* *podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę.)* |  |
| 8. Oznaczenie formy organizacyjno-prawnej działalności *(np. spółdzielnia, spółka (podać jaka), działalność indywidualna, inna)* |  |
| 9. Wielkość przedsiębiorstwa\**\*zgodnie z załącznikiem I do Rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108.* |  **mikro** *(przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 osób i którego obroty roczne i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 mln euro)* **małe** *(przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 osób i którego obroty roczne i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 mln euro)* **średnie** *(przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 250 osób i którego obroty roczne nie przekraczają 50 mln euro i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 mln euro)* **duże** *(przedsiębiorstwo zatrudniające 250 osób i wiecej którego obroty roczne nie przekraczają 50 mln euro i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 mln euro)* **inne-jakie ? ………………………………………………………….** |
| 10. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej |  |
| 11. Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy i podpisania wnioskowanej umowy *(zgodnie z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem)* |  |
| 12. Imię i nazwisko osoby do kontaktów z PUP |  |
| 13. Numer telefonu do kontaktów |  |
| 14. e – mail  |  |
| 15. adres do e-doręczeń |  |
| 16. Numer rachunku bankowego pracodawcy na który mają być przekazane środki.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| 16. Czy środki na rachunku bankowym pracodawcy są oprocentowane ? |  TAK NIE |
| 17. Czy działalność prowadzona jest w sektorze transportu drogowego?\* |  TAK NIE |

\* Odpowiedź przeczącą należy zaznaczyć w przypadku, gdy beneficjent pomocy de minimis w ogóle nie prowadzi działalności gospodarczej w sektorze transportu drogowego albo prowadząc jednocześnie działalność gospodarczą w sektorze transportu drogowego oraz inną działalność gospodarczą, posiada on rozdzielność rachunkową działalności prowadzonej w sektorze transportu drogowego zapobiegającą ewentualnym przypadkom subsydiów krzyżowych, a udzielona pomoc de minimis przeznaczona jest wyłącznie na działalność inną niż działalność w sektorze transportu drogowego.

Rozdzielność rachunkową określonej działalności gospodarczej polega na prowadzeniu odrębnej ewidencji dla tej działalności gospodarczej oraz prawidłowym przypisywaniu przychodów i kosztów na podstawie konsekwentnie stosowanych i mających obiektywne uzasadnienie metod, a także określeniu w dokumentacji, o której mowa w art. 10 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości, zasad prowadzenia odrębnej ewidencji oraz metod przypisywania kosztów i przychodów.

**II. Określenie całkowitej wysokości wydatków na działania związane z kształceniem ustawicznym:**

**Środki KFS mogą zostać przyznane w wysokości 80% kosztów kształcenia ustawicznego nie więcej jednak niż 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika, a w przypadku mikroprzedsięborstw w wysokości 100%, nie więcej jednak niż 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika**.

|  |  |
| --- | --- |
| **Całkowita wartość planowanych działań związanych z kształceniem ustawicznym w złotych**  |   |
| Słownie: |   |
| W tym:**Wysokość wnioskowanych środków KFS w złotych:** |  |
| Słownie: |   |
| **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w złotych\*:** |  |
| Słownie: |   |
| *\*nie dotyczy mikroprzedsiębiorstw****WKŁAD WŁASNY:*** *to kwota środków pieniężnych, którą pracodawca finansuje ze środków własnych.**\*Przy wyliczaniu wkładu własnego pracodawcy nie należy uwzględniać innych kosztów, które pracodawca ponosi w związku z udziałem pracowników w kształceniu ustawicznym, np. wynagrodzenia za godziny nieobecności w pracy w związku z uczestnictwem w zajęciach, kosztów delegacji w przypadku konieczności dojazdu do miejscowości innej niż miejsce pracy itp. Wkład własny nie może pochodzić ze środków pracownika. Wkładem własnym nie może być koszt udostępnienia przez pracodawcę organizatorowi kształcenia sali/pomieszczeń/ sprzętu i innych kwestii niezwiązanych ze środkami finansowymi pracodawcy.* ***Wkładem własnym nie może być podatek VAT od realizowanego kształcenia ustawicznego.*** |

 ….……………………………………………

 (czytelny podpis i pieczęć wnioskodawcy
lub osób uprawnionych do reprezentacji)

**W ogłoszeniu o naborze wniosków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego podawany jest zawsze rodzaj środków jakimi dysponuje Powiatowy Urząd Pracy**

**\* Liczba skierowanych osób, zgodnie z priorytetami Ministra Rodziny,**
 **Pracy i Polityki Społecznej na rok** **2025 (limit podstawowy):**

1. Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w zawodach określonych jako deficytowe na danym terenie tj. w powiecie lub w województwie.
2. Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy.
3. Wsparcie kształcenia ustawicznego pracodawców i ich pracowników zgodnie z potrzebami szkoleniowymi, które pojawiły się na terenach dotkniętych przez powódź we wrześniu 2024 roku.
4. Poprawa zarządzania i komunikacji w firmie w oparciu o zasady przeciwdziałania dyskryminacji i mobbingowi, rozwoju dialogu społecznego, partycypacji pracowniczej i wspierania integracji w miejscu pracy.
5. Promowanie i wspieranie zdrowia psychicznego oraz tworzenie przyjaznych środowisk pracy poprzez m.in. szkolenia z zakresu zarządzania wiekiem, radzenia sobie ze stresem, pozytywnej psychologii, dobrostanu psychicznego oraz budowania zdrowej i różnorodnej kultury organizacyjnej.
6. Wsparcie cudzoziemców, w szczególności w zakresie zdobywania wiedzy na temat polskiego prawa pracy i integracji tych osób na rynku pracy.
7. Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych.
8. Rozwój umiejętności cyfrowych.
9. Wsparcie rozwoju umiejętności związanych z transformacją energetyczną.

|  |  |
| --- | --- |
| **Liczba osób i kwota z  podziałem na priorytety** | **Środki z Limitu Podstawowego** \* |
| **Numer priorytetu** | **Liczba osób w ramach danego priorytetu** | **Wnioskowana kwota w ramach danego priorytetu** |
| PRIORYTET 1 |  |  |
| PRIORYTET 2 |  |  |
| PRIORYTET 3 |  |  |
| PRIORYTET 4 |  |  |
| PRIORYTET 5 |  |  |
| PRIORYTET 6 |  |  |
| PRIORYTET 7 |  |  |
| PRIORYTET 8 |  |  |
| PRIORYTET 9 |  |  |
| **RAZEM** |  |  |

\* wypełniamy w przypadku ubiegania się o środki z **limitu podstawowego KFS.**

**\*\* Liczba skierowanych osób, zgodnie z priorytetami Rady Rynku Pracy**

 **Rezerwa KFS na rok 2025:**

1. Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób po 50 roku życia.
2. Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności.
3. Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób z niskim wykształceniem.

|  |  |
| --- | --- |
| **Liczba osób i kwota z  podziałem na priorytety** | **Środki z Limitu Rezerwy**\*\* |
| **Numer priorytetu** | **Liczba osób w ramach danego priorytetu** | **Wnioskowana kwota w ramach danego priorytetu** |
| PRIORYTET 10 |  |  |
| PRIORYTET 11 |  |  |
| PRIORYTET 12 |  |  |
| PRIORYTET 13 |  |  |
| **RAZEM** |  |  |

1. Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w obszarach/branżach, które powiatowe urzędy pracy określą na podstawie wybranych przez siebie dokumentów strategicznych, analiz czy planów rozwoju jako istotne dla danego powiatu czy województwa.

\*\* wypełniamy w przypadku ubiegania się o środki z **rezerwy KFS.**

**III.Wskazanie działań, o których mowa w art. 69a ust. 2 pkt 1 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Liczba pracodawców** | **Liczba pracowników** |
| **razem** | **kobiety** | **razem** | **kobiety** |
| **Objęci wsparciem ogółem** |  |  |  |  |
| **Według rodzajów wsparcia** | Kursy |  |  |  |  |
| Studia podyplomowe |  |  |  |  |
| Egzaminy |  |  |  |  |
| Badania lekarskie i/lub psychologiczne |  |  |  |  |
| Ubezpieczenie NNW |  |  |  |  |
| Określenie potrzeb pracodawcyw zakresie kształcenia ustawicznego  |  |  |  |  |
| **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 |  |  |  |  |
| **Liczba osób według nazwy grupy zawodów\*** | Siły zbrojne |  |  |  |  |
| Kierownicy |  |  |  |  |
| Specjaliści |  |  |  |  |
| Technicy i inny średni personel |  |  |  |  |
| Pracownicy biurowi |  |  |  |  |
| Pracownicy usług i sprzedawcy |  |  |  |  |
| Rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy |  |  |  |  |
| Robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy |  |  |  |  |
| Operatorzy i monterzy maszyn i urządzeń |  |  |  |  |
| Pracownicy wykonujący prace proste |  |  |  |  |
| Osoby mogące udokumentować wykonywanie prac przez co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, a którym nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej |  |  |  |  |

**\* na podstawie klasyfikacji zawodów i specjalnosci dla potrzeb rynku pracy**

1. **WYKAZ UCZESTNIKÓW, KTÓRZY ZOSTANĄ OBJĘCI DZIAŁANIAMI FINANSOWANYMI Z UDZIAŁEM ŚRODKÓW KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO**

*UWAGA: W przypadku większej liczby uczestników kształcenia należy dodać wiersze zgodnie z liczbą uczestników.*

***Koszt danej formy wsparcia*** *(jeżeli kształcenie jest w całości lub co najmniej w części finansowane z KFS, wówczas koszt danej formy wsparcia musi uwzględniać zwolnienie z podatku VAT).*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| **Lp** | **Numer****uczestnika kształcenia ustawicznego** | **Pracownik / Pracodawca\*** | **Podstawa zatrudnienia(wg.kodeksu pracy) oraz okres zatrudnienia:- umowa o pracę****- powołanie- mianowanie- wybór- spółdzielcza umowa o pracęw przypadku pracodawcy** **- data rozpoczęcia działalności****od………… – do…………** | **Nazwa****Kursu, studiów, egzaminu, badań itd.****np. kurs, spawacz****Studia podyplomowe – rachunkowość** | **Koszt jednostkowy danej formy wsparcia****( należy wpisać kwotę dofinansowania z KFS)****mikro – 100%****pozostali – 80%** | **Termin realizacji(należy wpisać****konkretną datę****od … do…)** |
| **KURSY** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| **STUDIA PODYPLOMOWE** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **EGZAMINY UMOŻLIWIAJĄCE UZYSKANIE DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH NABYCIE UMIEJĘTNOŚĆI, KWALIFIKACJI LUB UPRAWNIEŃ ZAWODOWYCH** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **BADANIA LEKARSKIE i/lub PSYCHOLOGICZNE** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **UBEZPIECZENIE NNW** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **OKREŚLENIE POTRZEB PRACODAWCY W ZAKRESIE KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\*właściwe wpisać

**B. INFORMACJA DOTYCZĄCA WYDATKÓW OBEJMUJĄCYCH KSZTAŁCENIE USTAWICZNE**

| **Lp.** | **Forma pomocy** | **Nazwa****kursu, studiów, egzaminu, badań itd.** | **Koszt wsparcia dla****jednej osoby** | **Liczba osób objętych danym wsparciem** | **Całkowita wysokość wydatków na wsparcie w zł** | **W tym wnioskowana wysokość środków z KFS w zł** | **W tym wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **KURS** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **STUDIA PODYPLOMOWE** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **EGZAMINY** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **BADANIA LEKARSKIE i/lub PSYCHOLOGICZNE** |  |  |  |  |  |  |
|  | **UBEZPIECZENIE NNW** |  |  |  |  |  |  |
|  | **OKREŚLENIE POTRZEB PRACODAWCY W ZAKRESIE KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**  |  |  |  |  |  |  |
| Ogółem : |  |  |  |

*UWAGA: W przypadku większej liczby rodzajów wsparcia należy dodać wiersze zgodnie z formą pomocy.*

1. **UZASADNIENIE WNIOSKU - (z uwzględnieniem każdej osoby, której będzie dotyczyło wsparcie dostosować do własnych potrzeb lub dodatkowy opis dołączyć).**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Numer****uczestnika kształcenia ustawicznego** | **Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osób, które będą objęte kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS**W zakresie rozwoju pracownika:- powierzenie mu nowych obowiązków- awans zawodowy i/lub finansowy- rozszerzenie nowych obowiązków zawodowych-uzupełnienie/rozszerzenie/zmiana/aktualizacja kompetencji zawodowych-utrzymanie zatrudnienia- zmiana stanowiska- przedłużenie zatrudnienia na czas nieokreślony- inne, tj. ……………………………………..W przypadku kształcenia ustawicznego samego pracodawcy należy podać informacje na temat planów co do działania firmy w przyszłości np.:-uzyskanie niezbędnych uprawnień, wiedzy i umiejętności , z których bezpośrednio będzie korzystał pracodawca-wdrożenie i wykorzystanie nowych technologii/rozwiązań organizacyjnych w firmie-zmiana lub rozszerzenie profilu działalności gospodarczej- inne, tj. …………………………………….. | **Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego z uwzględnieniem obowiązujących priorytetów wydatkowania środków KFS****Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego z uwzględnieniem obowiązujących Priorytetów Rady Rynku Pracy w przypadku ubiegania się o środki z rezerwy KFS**(rzeczowy i zwięzły opis dotyczący priorytetu) | **Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego z uwzględnieniem obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy:**(rzeczowy i zwięzły opis obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy**)** | Sposób w jaki wykorzystane zostaną **kompetencje zawodowe** , które uzyska uczestnik kształcenia ustawicznegowykaz kluczowych kompetencji (dotyczacych wiedzy/ umiejetnosci/ uprawnień/ kwalifikacji) w ramach planowanego kształcenia ustawicznego. |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

***Uwaga: do każdej formy i rodzaju pomocy, o którą ubiega się pracodawca należy dołączyć odrębne uzasadnienie wyboru realizatora usługi .***

|  |
| --- |
| 1. **Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego finansowanej ze środków KFS, wraz z następującymi informacjami:**
 |
| **Nazwa realizatora usługi kształcenia ustawicznego** |  |
| **Siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego** |  |
| **Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego** | 1)2)3) |
| **Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego dokumentu na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego***(jeżeli informacja ta nie jest dostępna w publicznych rejestrach elektronicznych)* |  |
| **Nazwa kształcenia ustawicznego***(należy podać pełną nazwę kształcenia np.kurs – Operator koparko ładowarki, studia podyplomowe* |  |
| **Liczba godzin kształcenia ustawicznego na 1 osobę** |  |
| **Cena usługi kształcenia ustawicznego na 1 osobę** |  |
| **Porównanie ceny ww. usługi kształcenia ustawicznego z ceną minimum 2 podobnych usług oferowanych na rynku**  | 1  | Nazwa i siedziba organizatora kształcenia |  |
| Liczba godzin kształceniana 1 osobę |  |
| Cena usługi na 1 osobę |  |
| 2 | Nazwa i siedziba organizatora kształcenia |  |
| Liczba godzin kształcenia na 1 osobę |  |
| Cena usługi na 1 osobę |  |
| **Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego:** | …………………………………………………………………............... |

 ….……………………………………………

 (czytelny podpis i pieczęć wnioskodawcy
lub osób uprawnionych do reprezentacji)

1. **Oświadczenia pracodawcy.**
2. Oświadczam, że zapoznałem się z **ZASADAMI PRZYZNAWANIA ŚRODKÓW Z KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO W POWIATOWYM URZĘDZIE PRACY W OPATOWIE NA 2025R.**
3. Oświadczam, że **JESTEM / NIE JESTEM1** przedsiębiorcą prowadzącym działalność gospodarczą
w rozumieniu prawa konkurencji UE.
4. Oświadczam, że nie toczy się w stosunku do firmy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację.
5. **Zalegam(y) / nie zalegam(y)1** na dzień złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Emerytur Pomostowych oraz innych danin publicznych.
6. W okresie do 365 dni przed dniem złożenia wniosku **zostałem(am) / nie zostałem(am)1** skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych, jak również **jestem / nie jestem1** objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.
7. Oświadczam, że wszyscy pracownicy przewidziani do objęcia kształceniem ustawicznym
**są / nie są / nie dotyczy1** zatrudnieni na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowyo pracę, a okres ich zatrudnienia jest dłuższy niż czas trwania kształcenia ustawicznego oraz osoby te nie przebywają na urlopach :macierzyńskich, rodzicielskich, wychowawczych i bezpłatnych.
8. Oświadczam, że **ubiegam się / nie ubiegam1** się o środki na kształcenie pracodawcy/ pracowników objętych niniejszym wnioskiem w innym powiatowym urzędzie pracy.
9. Oświadczam, że z realizatorem(ami) kształcenia ustawicznego **jestem(eśmy) / nie jestem(eśmy) 1** powiązani osobowo lub kapitałowo.
10. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Urzędu jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Opatowie zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.

Jednoczesnie oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu przez Powiatowy Urząd Pracy w Opatowie w celu realizowania zadań na rzecz kształcenia ustawicznego pracownikówi/lub pracodawcy finansowanych ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego zgodnie z art.6 ust.1 pkt. a) i c) Rozporzadzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych zw związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46 WE- dalej RODO,
jak również zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018roku o ochronie danych osobowych.

Przyjmuję do wiadomości, że Staroście lub upoważnionemu przez niego pracownikowi przysługuje prawo do kontroli wiarygodności danych zawartych we wniosku, a w przypadku podania nieprawdziwych informacji Starosta może odmówić udzielenia pomocy.

W szczególności zobowiązuję się do przedłożenia niezbędnych dokumentów oraz umożliwienia przeprowadzenia kontroli
w miejscu prowadzonej działalności.

Uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej (art. 233 k.k.) za składanie nieprawdziwych danych oświadczam,że informacje zawarte we wniosku i w załączonych do niego dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

 ….……………………………………………

 (czytelny podpis i pieczęć wnioskodawcy
lub osób uprawnionych do reprezentacji)

1 niepotrzebne skreślić

**Załączniki do wniosku**:
(kserokopie przedkładanych dokumentów powinny być potwierdzone **przez pracodawcę za zgodność z oryginałem).**

**Załączniki do wniosku:**

**OBOWIĄZKOWE:**

1. Oświadczenie o pomocy de minimis, o którym mowa w art. 37 ust.1 pkt 1i ust.2 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej **- *załącznik nr 1*** *do wniosku KFS.*
2. Informacje określone w przepisach wydanych na podstawie art.37 ust 2a ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r.

o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej **tj. formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis, a w przypadku wnioskodawcy nie będącego beneficjentem tej pomocy w formularzu za znaczamy** **iż nie dotyczy - *załącznik nr 2*** *do wniosku KFS.*

1. Kopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności
w przypadku braku wpisu do **Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji
 i Informacji o Działalności Gospodarczej (umowa spółki cywilnej z wszystkimi aneksami/uchwałami;** **dokument potwierdzajacy utworzenie jednostki np. akt załozycielski, statut, uchwała itp.)**
2. Program kształcenia - ***załącznik nr 3 (I-II) do wniosku KFS- wypełnia organizator szkolenia*** i/lub egzaminu *(oddzielenie dla każdego kursu / studiów / egzaminu).*
3. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawianego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących (zaświadczenie, certyfikat, dyplom itp.). Dopuszcza się złożenie jednego wzoru dokumentu potwierdzającego nabycie kompetencji w przypadku realizacji kilku działań przez jednego realizatora kształcenia. Dokument winien być sporządzony w języku polskim.
4. Kserokopię dokumentów potwierdzających upoważnienie do reprezentacji i podpisania umowy osoby wskazanej we wniosku, np. powołanie, mianowanie, pełnomocnictwo **(jeżeli nie wynika z dokumentu potwierdzającego formę prawną istnienia Wnioskodawcy).**

 **DODATKOWE:**

1. Oświadczenie wnioskodawcy dotyczące priorytetów **1**,**2,3,4,5,6,7,8,9– załącznik nr** **4** do wniosku składa pracodawca w przypadku ubiegania się o KFS  **10,11,12,13** – **załącznik nr 5** do wniosku składa pracodawca
w przypadku ubiegania się o środki z Rezerwy KFS.
2. Formularz informacji przedstawionych przez wniskodawcę - **załącznik nr 6.**
3. Oświadczenie wnioskodawcy dotyczące kształcenia lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych **załącznik nr 7** do wniosku KFS składa pracodawca w przypadku ubiegania się o dofinansowanie kształcenia lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych .

***UWAGA !***

1. *Wnioski złożone w terminie naboru rozpatruje się wraz załącznikami dotyczącymi danej formy wsparcia.*
2. *Wniosek, który nie zawiera załączników obowiązkowych pozostaje bez rozpatrzenia.*
3. *W przypadku złożenia nieprawidłowo wypełnionego wniosku, pracodawcy zostanie wyznaczony termin nie krótszy niż 7 dni i nie dłuższy niż 14 dni do jego poprawienia.*
4. *W przypadku niepoprawienia wniosku we wskazanym terminie pozostaje on bez rozpatrzenia.*
5. *Dopuszcza się negocjacje treści wniosku, w celu ustalenia ceny usług kształcenia ustawicznego, liczby osób objętych kształceniem ustawicznym, realizatora usługi, programu kształcenia ustawicznego lub zakresu egzaminu, z uwzględnieniem zasady zapewnienia najwyższej jakości usługi oraz zachowania racjonalnego wydatkowania środków publicznych.*
6. *W terminie 30 dni od dnia złożenia poprawnie wypełnionego wniosku pracodawca zostanie poinformowany pisemnie o sposobie jego rozpatrzenia..*
7. *Odmowa przyznania środków nie podlega odwołaniu.*