........................................... Sosnowiec, dn. ..................................

(pieczęć firmowa pracodawcy)

NUMER WNIOSKU (nadany przez PUP):

WnKszUstKFS/23/……….

**Powiatowy Urząd Pracy**

**ul. Rzeźnicza 12**

**41-200 Sosnowiec**

**WNIOSEK**

**o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

**na sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego**

na zasadach określonych w art. 69a-b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego.

UWAGA:

* wniosek należy wypełnić komputerowo lub czytelnie pismem ręcznym – długopisem lub nieścieralnym atramentem;
* wszystkie skreślenia i poprawki powinny zostać parafowane

1. **DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY**
2. **Pełna nazwa pracodawcy** .............................................................................................................................
3. **Adres siedziby pracodawcy**...........................................................................................................................

*(ulica, numer budynku i lokalu, kod pocztowy, miejscowość)*

1. **Adres do korespondencji**...........................................................................................................................

*(ulica, numer budynku i lokalu, kod pocztowy, miejscowość)*

1. **Miejsce/a prowadzenia działalności** ...........................................................................................................

*(ulica, numer budynku i lokalu, kod pocztowy, miejscowość)*

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

*(ulica, numer budynku i lokalu, kod pocztowy, miejscowość)*

1. **Telefon** .................................................................**e-mail** ..............................................................................
2. **NIP** 🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌

**REGON** 🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌

**KRS** 🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌

1. **Nr nieoprocentowanego rachunku bankowego** pracodawcy lub nieoprocentowanego subkonta pracodawcy założonego na potrzeby KFS:

🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌

**nazwa banku** .................................................................................................................................................

1. **Przeważający rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej** określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD 2007) 🗌🗌.🗌🗌.🗌
2. **Forma organizacyjno - prawna prowadzonej działalności**

□ osoba fizyczna prowadząca działalność - PESEL 🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌🗌

□ spółka cywilna

□ spółka jawna

□ spółka partnerska

□ spółka komandytowa

□ spółka z o.o.

□ inna forma prawna (podać jaka) .................................................................................................................

1. **Wielkość przedsiębiorstwa** zgodnie z ustawą dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej

□ mikroprzedsiębiorstwo

□ małe przedsiębiorstwo

□ średnie przedsiębiorstwo

□ duże przedsiębiorstwo

□ pracodawca niebędący przedsiębiorcą

1. **Liczba wszystkich zatrudnionych pracowników** ….........................................................................
2. **Osoba/y** **uprawniona/e do reprezentacji pracodawcy i podpisania umowy w przypadku przyznania środków z KFS** (zgodnie z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem)

* imię i nazwisko.................................……………….. stanowisko służbowe ...........................................
* imię i nazwisko.................................……………….. stanowisko służbowe ...........................................

1. **Osoba/y wyznaczona/e do kontaktu z Urzędem**
2. imię i nazwisko.................................……………….. stanowisko służbowe ...........................................

telefon /fax …................................................ e-mail …...........................................................................

1. imię i nazwisko.................................……………….. stanowisko służbowe ...........................................

telefon /fax …................................................ e-mail …...........................................................................

1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE WYDATKÓW NA DZIAŁANIA ZWIĄZANE Z KSZTAŁCENIEM USTAWICZNYM**
2. **Całkowita wartość planowanych działań związanych z kształceniem ustawicznym**: ..............................zł.

słownie: ..........................................................................................................................................................

**w tym:**

a) kwota wnioskowana z KFS ......................................................................................................................zł.

b) kwota wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę ......................................................................zł.

c) średni koszt kształcenia na jednego uczestnika .....................................................................................zł.

Przy wyliczaniu wkładu własnego, pracodawca nie uwzględnia kosztów, które ponosi w związku z udziałem pracowników w kształceniu ustawicznym, np. wynagrodzenia za godziny nieobecności w pracy spowodowane uczestnictwem w kształceniu, kosztów delegacji w przypadku konieczności dojazdu na zajęcia do miejscowości innej niż miejsce pracy itp. Ponadto wnioskowane środki nie mogą zostać wydatkowane na koszty związane z dojazdem, wyżywieniem i zakwaterowaniem uczestników kształcenia ustawicznego.

1. **Liczba pracowników** przewidzianych do objęcia kształceniem ……………………………………………………………..….
2. **Liczba pracodawców** przewidzianych do objęcia kształceniem ………………………..…………………………….………..
3. **Wnioskowane środki będą przeznaczone na sfinansowanie działań obejmujących**:

* kurs/y
* studia podyplomowe
* egzamin/y
* badania lekarskie i/lub psychologiczne
* ubezpieczenie NNW
* określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego

**z uwzględnieniem priorytetu**:

* wsparcie kształcenia ustawicznego skierowane do pracodawców zatrudniających cudzoziemców
* wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy
* wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych:

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

*(nazwa zawodu/ów deficytowego/ych zgodnie z Barometrem zawodów* ***dla miasta Sosnowiec na 2023 r.****, którego/ych dotyczy kształcenie)*

* wsparcie kształcenia ustawicznego dla nowozatrudnionych osób (lub osób, którym zmieniono zakres obowiązków) powyżej 50 roku życia
* wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem oraz osób będących członkami rodzin wielodzietnych
* wsparcie kształcenia ustawicznego osób poniżej 30 roku życia w zakresie umiejętności cyfrowych oraz umiejętności związanych z branżą energetyczną i gospodarką odpadami

|  |
| --- |
|  |

1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIAŁAŃ DO SFINANSOWANIA Z UDZIAŁEM KFS**

**1. Informacje dotyczące osób przewidzianych do objęcia kształceniem ustawicznym**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | | **Liczba pracodawców** | **Liczba pracowników** | |
| **razem** | **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 |  |  |  |
| **Według poziomu wykształcenia** | Gimnazjalne i poniżej |  |  |  |
| Zasadnicze zawodowe |  |  |  |
| Średnie ogólnokształcące |  |  |  |
| Policealne i średnie zawodowe |  |  |  |
| Wyższe |  |  |  |
| **Osoby pracujące w szczególnych warunkach**  **lub wykonujące prace o szczególnym charakterze** | |  |  |  |
| **Według priorytetów ustalonych przez**  **MRPiPS**  **na 2023 rok** | Wsparcie kształcenia ustawicznego skierowane do pracodawców zatrudniających cudzoziemców |  |  |  |
| Wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy |  |  |  |
| Wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych |  |  |  |
| Wsparcie kształcenia ustawicznego dla nowozatrudnionych osób (lub osób, którym zmieniono zakres obowiązków) powyżej 50 roku życia |  |  |  |
| Wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem oraz osób będących członkami rodzin wielodzietnych |  |  |  |
| Wsparcie kształcenia ustawicznego osób poniżej 30 roku życia w zakresie umiejętności cyfrowych oraz umiejętności związanych z branżą energetyczną i gospodarką odpadami |  |  |  |
| **Według wykonywanych zawodów** | Siły zbrojne |  |  |  |
| Przedstawiciele władz publicznych, wyżsi urzędnicy i 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 |  |  |  |

**2. Informacje o planowanych działaniach związanych z kształceniem ustawicznym**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **NAZWA KURSU** | **Termin**  **realizacji kursu**  **(od….. do …..)** | **Liczba uczestników przewidzianych do udziału**  **w kursie** | **Koszt kursu**  **na jednego uczestnika** | **Przewidywany termin płatności**  **za usługę**  ***(należy wskazać dokładną datę)*** | **Całkowita wysokość wydatków w zł** | **Wnioskowana wysokość środków**  **z KFS w zł** | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **KIERUNEK STUDIÓW PODYPLOMOWYCH** | **Termin**  **realizacji studiów**  **(od….. do …..)** | **Liczba uczestników przewidzianych do udziału**  **w studiach podyplomowych** | **Koszt studiów podyplomowych na jednego uczestnika** | **Przewidywany termin płatności**  **za usługę**  ***(należy wskazać dokładną datę)*** | **Całkowita wysokość wydatków w zł** | **Wnioskowana wysokość środków**  **z KFS w zł** | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **NAZWA EGZAMINU umożliwiającego uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji**  **lub uprawnień zawodowych** | **Termin przeprowadzenia egzaminu**  ***(należy wskazać dokładną datę)*** | **Liczba uczestników przewidzianych do udziału**  **w egzaminie** | **Koszt egzaminu na jednego uczestnika** | **Przewidywany termin płatności**  **za usługę**  ***(należy wskazać dokładną datę)*** | **Całkowita wysokość wydatków w zł** | **Wnioskowana wysokość środków**  **z KFS w zł** | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |

*(w przypadku gdy tabele są niewystarczające do podania wszystkich informacji, należy odpowiednio je zmodyfikować przez dodanie właściwej liczby wierszy)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **RODZAJ BADAŃ LEKARSKICH**  **I/LUB PSYCHOLOGICZNYCH wymaganych do podjęcia kształcenia**  **lub pracy zawodowej**  **po ukończonym kształceniu** | **Termin przeprowadzenia badań**  ***(należy wskazać dokładną datę)*** | **Liczba pracowników**  **/pracodawców przewidzianych do objęcia badaniami** | **Koszt badań lekarskich**  **i/lub psychologicznych jednej osoby** | **Przewidywany**  **termin płatności**  **za usługę**  ***(należy wskazać dokładną datę)*** | **Całkowita wysokość wydatków w zł** | **Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł** | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **UBEZPIECZENIE**  **od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku**  **z podjętym kształceniem** | **Okres ubezpieczenia (*należy wskazać dokładną datę rozpoczęcia i zakończenia*)** | **Liczba pracowników**  **/pracodawców przewidzianych do objęcia ubezpieczeniem** | **Koszt ubezpieczenia**  **od NNW**  **jednej osoby** | **Przewidywany termin płatności**  ***(należy wskazać dokładną datę)*** | **Całkowita wysokość wydatków w zł** | **Wnioskowana wysokość środków**  **z KFS w zł** | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **OPIS DZIAŁAŃ OBEJMUJĄCYCH**  **OKREŚLENIE POTRZEB PRACODAWCY**  **W ZAKRESIE KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**  **WRAZ Z ICH SZCZEGÓŁOWYM UZASADNIENIEM** | **Koszt** | **Przewidywany termin płatności**  **za usługę**  **(np. do dnia…)** | **Całkowita wysokość wydatków w zł** | **Wnioskowana wysokość środków**  **z KFS w zł** | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |
|  |  |  |  |  |  |  |

*(w przypadku gdy tabele są niewystarczające do podania wszystkich informacji, należy odpowiednio je zmodyfikować przez dodanie właściwej liczby wierszy)*

**D. WYKAZ PRACOWNIKÓW, KTÓRZY MAJĄ ZOSTAĆ OBJĘCI DZIAŁANIAMI FINANSOWANYMI Z UDZIAŁEM ŚRODKÓW Z KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zajmowane stanowisko** | **Okres zatrudnienia**  **(od … do…)**  **i wymiar czasu pracy**  **(np. 1/1 etatu,**  **½ etatu)** | **Miejsce wykonywania pracy**  **(adres)** | **Pracownik korzystał ze wsparcia**  **w ramach środków KFS**  **w latach**  **2014-2022**  **(TAK/NIE)** | **Pracownik korzystał ze wsparcia**  **w ramach środków KFS w 2023 r.**  **(TAK/NIE)**  **Jeżeli TAK**  **należy podać w jakiej kwocie.** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |

*W przypadku gdy pracodawca przewiduje do objęcia kształceniem ustawicznym pracownika, któremu umowa o pracę kończy się w trakcie tego kształcenia należy dołączyć stosowne oświadczenie, że umowa zostanie przedłużona co najmniej do czasu zakończenia kształcenia.*

**E. WYKAZ PRACODAWCÓW, KTÓRZY MAJĄ ZOSTAĆ OBJĘCI DZIAŁANIAMI FINANSOWANYMI Z UDZIAŁEM ŚRODKÓW Z KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zajmowane stanowisko** | **Pracodawca korzystał ze wsparcia**  **w ramach środków KFS**  **w latach 2014-2022**  **(TAK/NIE)** | **Pracodawca korzystał ze wsparcia w ramach środków KFS w 2023 r.**  **(TAK/NIE)**  **Jeżeli TAK,**  **należy podać w jakiej kwocie.** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |

*(w przypadku gdy tabele są niewystarczające do podania wszystkich informacji, należy odpowiednio je zmodyfikować przez dodanie właściwej liczby wierszy)*

**F. UZASADNIENIE WNIOSKU**

**1. Uzasadnienie potrzeby kształcenia ustawicznego w przypadku dokształcania na zajmowanym obecnie stanowisku**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zajmowane stanowisko** | **Liczba osób przewidzianych do udziału w kształceniu** | **Rodzaj i nazwa**  **usługi kształcenia ustawicznego**  **(np. Kurs *p.n.* „………….”;**  **Studia podyplomowe**  **na kierunku „……….…”)** | **Szczegółowe uzasadnienie w odniesieniu do wszystkich poniżej wymienionych kryteriów**  ***(uzasadnienie należy sporządzić w odniesieniu do sytuacji konkretnego pracownika lub pracowników, o ile są zatrudnieni na takim samym stanowisku)*** |
| 1. |  |  |  | * **potrzeby pracodawcy w obszarze kształcenia ustawicznego z uwzględnieniem sytuacji rynkowej firmy, możliwości rozwojowych, konkurencji, posiadanych przez pracowników kompetencji i zdiagnozowanych luk w zakresie umiejętności i kwalifikacji zawodowych**   **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**   * **zgodność planowanych działań z obowiązującymi priorytetami wydatkowania środków KFS ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**   **………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**   * **zgodność kompetencji nabywanych przez uczestników kształcenia ustawicznego z potrzebami lokalnego lub regionalnego rynku pracy**   **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**   * **plany dotyczące dalszego zatrudnienia osób objętych kształceniem ustawicznym (np. utrzymanie zatrudnienia lub przedłużenie umowy, awans zawodowy) oraz plany, co do działania firmy w przyszłości**   **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..** |
| 2. |  |  |  | * … * … * … * … |

*(w przypadku gdy tabela jest niewystarczająca do podania wszystkich informacji, należy odpowiednio ją zmodyfikować przez dodanie właściwej liczby wierszy)*

**2. Uzasadnienie potrzeby kształcenia ustawicznego w przypadku planowanej zmiany stanowiska pracy**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Obecnie zajmowane**  **stanowisko** | **Stanowisko planowane**  **do objęcia**  **po ukończeniu kształcenia**  **oraz nowy zakres obowiązków** | **Liczba osób przewidzianych do udziału w kształceniu** | **Rodzaj i nazwa**  **usługi kształcenia ustawicznego**  **(np. Kurs *p.n.* „………….”;**  **Studia podyplomowe**  **na kierunku „……….…”)** | **Szczegółowe uzasadnienie w odniesieniu do wszystkich poniżej wymienionych kryteriów**  ***(uzasadnienie należy sporządzić w odniesieniu do sytuacji konkretnego pracownika***  ***lub pracowników, o ile są zatrudnieni na takim samym stanowisku)*** |
| 1. |  |  |  |  | * **potrzeby pracodawcy w obszarze kształcenia ustawicznego z uwzględnieniem sytuacji rynkowej firmy, możliwości rozwojowych, konkurencji, posiadanych przez pracowników kompetencji i zdiagnozowanych luk w zakresie umiejętności i kwalifikacji zawodowych**   **………………………………………………………………………………………………………………………………………………**  **………………………………………………………………………………………………………………………………………………**   * **zgodność planowanych działań z obowiązującymi priorytetami wydatkowania środków KFS ………………………………………………………………………………………………………………………………………………**   **………………………………………………………………………………………………………………………………………………**   * **zgodność kompetencji nabywanych przez uczestników kształcenia ustawicznego z potrzebami lokalnego lub regionalnego rynku pracy**   **………………………………………………………………………………………………………………………………………………**  **………………………………………………………………………………………………………………………………………………**   * **plany dotyczące dalszego zatrudnienia osób objętych kształceniem ustawicznym (np. utrzymanie zatrudnienia lub przedłużenie umowy, awans zawodowy) oraz plany, co do działania firmy w przyszłości**     **………………………………………………………………………………………………………………………………………………**  **………………………………………………………………………………………………………………………………………………** |
| 2. |  |  |  |  | * … * … * … * … |

*(w przypadku gdy tabela jest niewystarczająca do podania wszystkich informacji, należy odpowiednio ją zmodyfikować przez dodanie właściwej liczby wierszy)*

**G. UZASADNIENIE WYBORU REALIZATORA USŁUGI KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj i nazwa**  **usługi kształcenia ustawicznego**  **(np. Kurs p.n. „……………….”;**  **Studia podyplomowe**  **na kierunku „…………….”)** | | **Liczba godzin kształcenia ustawicznego** | | **Nazwa i siedziba**  **wybranego realizatora**  **usługi kształcenia ustawicznego** | **Nazwy posiadanych**  **przez realizatora**  **usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości**  **oferowanych usług**  **kształcenia ustawicznego** | | **W przypadku kursów – nazwa dokumentu,**  **na podstawie którego wybrany realizator**  **ma uprawnienia**  **do prowadzenia pozaszkolnych form kształcenia ustawicznego *(jeżeli informacja ta dostępna jest w publicznych rejestrach elektronicznych, wystarczy wskazać właściwy rejestr)*** | **Cena usługi kształcenia ustawicznego za jednego uczestnika** |
|  | |  | |  |  | |  |  |
| **Informacja o innych, porównywalnych ofertach usług kształcenia ustawicznego (minimum 2 oferty)** | | | | | | | **Uzasadnienie wyboru realizatora**  **usługi kształcenia ustawicznego**  ***(dlaczego wybrano tego realizatora,***  ***dlaczego jego oferta jest konkurencyjna w stosunku do pozostałych,***  ***z uwzględnieniem proponowanej ceny usługi)*** | |
| **Lp.** | **Nazwa i siedziba realizatora** | | **Nazwa usługi** | | **Liczba godzin** | **Cena**  **za jednego uczestnika** |  | |
| 1. |  | |  | |  |  |
| 2. |  | |  | |  |  |
| 3. |  | |  | |  |  |

***UWAGA! Powyższą tabelę należy wypełnić odrębnie dla każdego rodzaju usługi kształcenia ustawicznego***

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**Pod rygorem odpowiedzialności za szkodę spowodowaną fałszywym oświadczeniem, oświadczam w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję, co następuje:**

1. Jestem pracodawcą w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.
2. Potwierdzam, że wszystkie osoby wymienione w tabeli D wniosku (Wykaz pracowników, którzy mają zostać objęci działaniami finansowanymi z udziałem środków z KFS) są pracownikami w rozumieniu art. 2 Kodeksu pracy i nie są osobami współpracującymi w rozumieniu Ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz spełniają wszelkie warunki niezbędne do objęcia ich działaniami w ramach KFS i wskazanych priorytetów.
3. Nie ubiegam się w innym urzędzie pracy o objęcie pracowników, o których mowa powyżej, działaniami finansowanymi ze środków KFS.
4. NIE ZNAJDUJĘ / ZNAJDUJĘ\* się w stanie likwidacji lub upadłości.
5. NIE JESTEM / JESTEM\* w trakcie zwolnień grupowych.
6. NIE ZALEGAM / ZALEGAM\* na dzień złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych lub Fundusz Emerytur Pomostowych.
7. SPEŁNIAM WARUNKI / NIE SPEŁNIAM WARUNKÓW\*, o których mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18.12.2013 r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis.
8. SPEŁNIAM WARUNKI / NIE SPEŁNIAM WARUNKÓW\*, o których mowa w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18.12.2013 r. w sprawie zastosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym.
9. Z wybranym realizatorem usługi kształcenia ustawicznego JESTEM / NIE JESTEM powiązany osobowo i/ani kapitałowo.

,

1. Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu, który reprezentuję przez Powiatowy Urząd Pracy w Sosnowcu dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o której mowa w rozporządzeniu MPiPS z dnia 19 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego, zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz Rozporządzeniem 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
2. Dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przekazywanych w związku z realizacją kształcenia ustawicznego pracodawców i pracowników.
3. Jestem świadomy/a, że kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy w ramach KFS jest finansowane ze środków publicznych i w związku z tym podlega szczególnym zasadom rozliczania.
4. Znam i rozumiem przepisy wspólnotowe i krajowe dotyczące pomocy publicznej dla przedsiębiorców.
5. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Sosnowcu, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.
6. Znam i rozumiem treść obowiązującego „Regulaminu przyznawania środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego przez Powiatowy Urząd Pracy w Sosnowcu” i akceptuję zawarte w nim postanowienia.

**Prawdziwość powyższych danych zawartych we wniosku potwierdzam własnoręcznym podpisem, a niniejsze oświadczenie składam pod rygorem odpowiedzialności za szkodę spowodowaną fałszywym oświadczeniem.**

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

miejscowość, data pieczęć i podpis pracodawcy

lub osoby uprawnionej do jego reprezentacji

(w przypadku braku imiennej pieczęci –

czytelny podpis)

\*niewłaściwe skreślić

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**:

**Załącznik nr 1**

**Formularz A - w przypadku ubiegania się o sfinansowanie kosztów kursu:** oferta wybranego przez Pracodawcę realizatora kursu - wypełniona przez osobę uprawnioną i zawierająca: program, preliminarz kosztów, harmonogram zajęć, wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników kursu (o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących) oraz kserokopie posiadanych przez realizatora certyfikatów jakości usług

**Formularz B – w przypadku ubiegania się o sfinansowanie kosztów studiów podyplomowych:** oferta wybranego przez Pracodawcę realizatora studiów podyplomowych - wypełniona przez osobę uprawnioną i zawierająca: nazwę (kierunek) studiów, termin i miejsce realizacji, koszt i termin płatności, program studiów, wzór dokumentu potwierdzającego ich ukończenie (o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących) oraz kserokopie posiadanych przez realizatora certyfikatów jakości usług

**Formularz C - w przypadku ubiegania się o sfinansowanie kosztów egzaminu:** oferta wybranego przez Pracodawcę realizatora egzaminu - wypełniona przez osobę uprawnioną i zawierająca: nazwę egzaminu, termin i miejsce realizacji, koszt i termin płatności, zakres egzaminu, wzór dokumentu potwierdzającego umiejętności, kwalifikacje lub uprawnienia zawodowe nabyte po zdaniu egzaminu (o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących) oraz kserokopie posiadanych przez realizatora certyfikatów jakości usług

**Załącznik nr 2 -** Oświadczenie o pomocy *de minimis* lub zaświadczenie/a o pomocy *de minimis w* zakresie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. *o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej* obejmujące:

1. wszystkie zaświadczenia o pomocy *de minimis*, jakie przedsiębiorca otrzymał w roku, w którym ubiega się o pomoc, oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat, albo oświadczenia o wielkości pomocy *de minimis* otrzymanej w tym okresie;
2. wszystkie zaświadczenia o pomocy *de minimis* w rolnictwie, jakie przedsiębiorca otrzymał w roku, w którym ubiega się o pomoc, oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat obrotowych, albo oświadczenia o wielkości pomocy *de minimis* w rolnictwie otrzymanej w tym okresie;
3. wszystkie zaświadczenia o pomocy *de minimis* w rybołówstwie, jakie przedsiębiorca otrzymał w roku, w którym ubiega się o pomoc, oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat, albo oświadczenia o wielkości pomocy *de minimis* w rybołówstwie otrzymanej w tym okresie.

W przypadku pracodawców, którzy nie otrzymali pomocy de minimis w roku, w którym ubiegają się o pomoc, oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat należy złożyć oświadczenie o pomocy *de minimis.*

W przypadku powiązania pracodawcy z innymi przedsiębiorstwami należy złożyć oświadczenia o pomocy *de minimis* i/lub zaświadczenie/a o pomocy *de minimis* wszystkich powiązanych przedsiębiorstw.

**Załącznik nr 3 -** Informacje określone w przepisach wydanych na podstawie art. 37 ust. 2a ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r*. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej* obejmujące:

1. informacje niezbędne do udzielenia pomocy *de minimis*, dotyczące w szczególności pracodawcy i prowadzonej przez niego działalności gospodarczej oraz wielkości i przeznaczenia pomocy publicznej otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc *de minimis*, na formularzu określonym w aktualnie obowiązującym rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. *w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis*;
2. informacje niezbędne do udzielenia pomocy *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie, dotyczące w szczególności pracodawcy i prowadzonej przez niego działalności gospodarczej oraz wielkości i przeznaczenia pomocy publicznej otrzymanej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie na formularzu określonym aktualnie obowiązującym rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. *w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie*.

|  |
| --- |
| **Wzory formularzy** niezbędnych do przekazania powyższych informacji dostępne są na stronie internetowej Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów [**www.uokik.gov.pl**](http://www.uokik.gov.pl) w zakładce pomoc publiczna/ informacje dodatkowe/ formularze informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc. |

**Załącznik nr 4** – Klauzula informacyjna według art. 13 RODO.

**oraz:**

1. **w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego (KRS) lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEiDG)** - Kopię dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności – np. wyciąg z rejestru REGON, umowę spółki cywilnej wraz z ewentualnymi wprowadzonymi do niej zmianami lub statut w przypadku stowarzyszenia, fundacji czy spółdzielni lub inne dokumenty właściwe np. dla jednostek budżetowych, szkół, przedszkoli;
2. **w przypadku pracodawców z sektora opieki zdrowotnej i pomocy społecznej** - Oświadczenie, że wnioskowane usługi kształcenia ustawicznego nie są wymienionymi w art. 108 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy:
3. stażami podyplomowymi wraz z kosztami obsługi określonymi w przepisach o zawodach lekarza i lekarza dentysty,
4. szkoleniami specjalistycznymi lekarzy i lekarzy dentystów, o których mowa w przepisach o zawodach lekarza i lekarza dentysty,
5. specjalizacjami pielęgniarek i położnych, o których mowa w przepisach o zawodach pielęgniarki i położnej;
6. **w przypadku gdy pracodawca przewiduje, że kształceniem ustawicznym zostanie objęty pracownik, któremu umowa o pracę kończy się w trakcie tego kształcenia** - oświadczenie, że umowa pracownika, o którym mowa, zostanie przedłużona co najmniej do czasu zakończenia kształcenia;
7. **w przypadku gdy kształceniem ustawicznym ma zostać objęta osoba pełniąca funkcje zarządcze w spółkach akcyjnych i spółkach z ograniczoną odpowiedzialnością** - oświadczenie, potwierdzające fakt pozostawania tej osoby w zatrudnieniu;
8. **w przypadku gdy pracodawcę reprezentuje pełnomocnik** - pełnomocnictwo określające jego zakres i podpisane przez osoby uprawnione do reprezentacji pracodawcy (pełnomocnictwo należy przedłożyć w oryginale, w postaci notarialnie potwierdzonej kopii lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez osobę lub osoby udzielające pełnomocnictwa – tj. uprawnione do reprezentacji pracodawcy; podpisy osób uprawnionych do występowania w obrocie prawnym w imieniu pracodawcy muszą być czytelne i opatrzone pieczęciami imiennymi).
9. **w przypadku, gdy pracodawca chce spełnić wymagania priorytetu nr 5** - oświadczenie, że pracodawca/pracownik przewidziany do objęcia wnioskowaną formą kształcenia ustawicznego spełnia warunki dostępu do tego priorytetu.

**Uzupełnianie wniosku po jego złożeniu poza terminem trwającego naboru nie jest możliwe.**

**Kserokopie przedkładanych dokumentów należy potwierdzić za zgodność z oryginałem.**

………………………………………………..…. **Załącznik nr 1 (Formularz A)**

pieczęć realizatora kursu

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **OFERTA REALIZATORA KURSU** | | | | |
| **Nazwa i adres realizatora kursu:** | | | | |
| **Numer telefonu:** | | **e-mail:** | | |
| **Nazwa kursu:** | | | | |
| **Termin realizacji kursu:** | | | | |
| **Miejsce realizacji zajęć teoretycznych (adres):** | | **Miejsce realizacji zajęć praktycznych (adres):** | | |
| **Kod PKD realizatora kursu uprawniający do prowadzenia działalności edukacyjnej:** | | **Nr wpisu do RIS:** | | |
| **Nazwa dokumentu, na podstawie którego realizator kursu jest uprawniony do prowadzenia pozaszkolnych form kształcenia ustawicznego *(jeżeli informacja ta dostępna jest w publicznych rejestrach elektronicznych, wystarczy wskazać właściwy rejestr)*:** | | | | |
| **Certyfikaty jakości organizowanych usług kształcenia ustawicznego:** | | | | |
| **1. Cel kursu**: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………  **2.Liczba godzin zegarowych\*: ………..…,** w tym: zajęcia teoretyczne ……….. godz., praktyczne ……….. godz.  **3.Kurs otwarty/zamknięty** *(niewłaściwe skreślić)*  **4.Liczba osób w grupie podczas zajęć:**   1. zajęcia teoretyczne: ……………. osób 2. zajęcia praktyczne: …………….. osób   **5.Materiały dydaktyczne i sprzęt wykorzystywany podczas zajęć:**  a) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………..  b) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…..  c) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………..  **6. Materiały dydaktyczne, jakie uczestnicy otrzymują na własność:**  a) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………..  b) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…..  c) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………..………….. | | | | |
| **7.Wymagania wstępne dla uczestników kursu:**   * **wykształcenie** * gimnazjalne lub poniżej * zasadnicze zawodowe * średnie * wyższe * **umiejętności lub kwalifikacje:** …………………………………………………………………………………………………………   …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………   * **badania lekarskie i/ lub psychologiczne** ……….…………………………………………………………………………………  |  | | --- | | **8. Kurs zakończony jest egzaminem: tak/nie** *(niewłaściwe skreślić)*  **Planowany termin egzaminu:***..............................................................................................................*  **9. Dokumenty potwierdzające ukończenie kursu:**   * **rodzaj:** * zaświadczenie * certyfikat * świadectwo * dyplom * inny (jaki?) …………………………………………………………..……………………………………………………………………. * **podstawa wydania:**  1. □ obowiązujące przepisy *(należy wskazać podstawę prawną, właściwą ustawę, rozporządzenie itp.)* …………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. 2. □ dokument wewnętrzny realizatora kursu | | ***W przypadku zaznaczenia w pkt. 9 pozycji b) do oferty należy dołączyć wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników kursu.***  **Program kursu** | | | | | |
| **Lp.** | **Temat zajęć edukacyjnych** | | **Liczba godzin zegarowych**  **zajęć teoretycznych** | **Liczba godzin**  **zegarowych**  **zajęć praktycznych** |
| 1. |  | |  |  |
| 2. |  | |  |  |
| 3. |  | |  |  |
| 4. |  | |  |  |
| 5. |  | |  |  |
| **SUMA** | | | …….. godz. | …….. godz. |
| **RAZEM LICZBA GODZIN ZEGAROWYCH** | | | …….. godz. | |

**Po zakończeniu realizacji usługi szkoleniowej zobowiązuję się do wystawienia faktury VAT/rachunku z odpowiednim opisem uwzględniającym nazwę usługi, formę kształcenia, liczbę osób objętych kształceniem, cenę jednostkową za osobę oraz informację o źródle finansowania z podaniem procentowego udziału środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego.**

………………………………………………

pieczęć i podpis

upoważnionego przedstawiciela

realizatora kursu

…………………………………….

pieczęć realizatora kursu

…………………………………….

pieczęć jednostki szkoleniowej

**Preliminarz kosztów kursu p.n. „…………………………………………………..”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Wartość usługi netto** | **Koszt na osobę** |
| **Za realizację całości kursu w tym:** |  |  |
| Wynagrodzenie wykładowców |  |
| Koszty administrowania obiektem w trakcie kursu |  |
| Środki dydaktyczne i materiały pomocnicze |  |
| Badania lekarskie i/lub psychologiczne |  |
| Egzamin kwalifikacyjny 1 |  |
| Egzamin końcowy 2 |  |
| Narzut /zysk/ |  |
| Inne  …………………………………………………………………………….. |  |

Termin płatności:......................................

**(dzień, miesiąc, rok)**

**Oświadczam, że cena kursu nie zawiera kosztów związanych z przejazdem, zakwaterowaniem i wyżywieniem.**

………………………………………………

pieczęć i podpis

upoważnionego przedstawiciela

realizatora kursu

1 Przez egzamin kwalifikacyjny należy rozumieć egzamin stwierdzający pozytywne zaliczenie kursu.

2 Przez egzamin końcowy należy rozumieć egzamin, po złożeniu którego uzyskuje się uprawnienia do wykonywania zawodu.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| …………………………………………………………….  pieczęć realizatora kursu | | | | | | |
| **HARMONOGRAM ZAJĘĆ KURSU**  **p.n. „…………………………………………………………..”** | | | | | | |
| **Termin realizacji:**  **od ………………………………. do ……………………………….** | | | | | | |
| **Data**  **zajęć** | **Czas trwania**  **(od godz. do godz.)** | **Liczba godzin zegarowych** | | **Temat zajęć** | **Imię i nazwisko**  **wykładowcy prowadzącego zajęcia** | **Miejsce**  **realizacji kursu**  **(adres)** |
| **Teoria** | **Praktyka** |
|  | …-… | ...…. godz. | ...…. godz. |  |  |  |
|  | …-… | ...…. godz. | ...…. godz. |  |  |  |
|  | …-… | ...…. godz. | ...…. godz. |  |  |  |
|  | …-… | ...…. godz. | ...…. godz. |  |  |  |
|  | …-… | ...…. godz. | ...…. godz. |  |  |  |
|  | …-… | ...…. godz. | ...…. godz. |  |  |  |
|  | …-… | ...…. godz. | ...…. godz. |  |  |  |
|  | …-… | ...…. godz. | ...…. godz. |  |  |  |
|  | …-… | ...…. godz. | ...…. godz. |  |  |  |
|  | …-… | ...…. godz. | ...…. godz. |  |  |  |
|  | …-… | ...…. godz. | ...…. godz. |  |  |  |
| **RAZEM:** | | **...…. godz.** | |  | | |

………………………………………………

pieczęć i podpis

upoważnionego przedstawiciela

realizatora kursu

|  |  |
| --- | --- |
| **OFERTA REALIZATORA STUDIÓW PODYPLOMOWYCH** | |
| **Nazwa i adres realizatora studiów podyplomowych:** | |
| **Numer telefonu:** | **e-mail:** |
| **Nazwa (kierunek) studiów podyplomowych:** | |
| **Termin realizacji studiów podyplomowych:**   * czas trwania: ………. semestry/ów * termin rozpoczęcia: …………………… termin zakończenia: …………………………… | |
| **Miejsce realizacji studiów podyplomowych (adres):** | |
| **Koszt studiów podyplomowych:** | |
| **Termin płatności:** | |
| **Certyfikaty jakości organizowanych usług kształcenia ustawicznego:** | |
| **Dokument potwierdzający ukończenie studiów wraz z podstawą jego wydania** *(należy wskazać podstawę prawną, właściwą ustawę, rozporządzenie itp.)***:** | |

**Załącznik nr 1 (Formularz B)**

……………………………………………..

pieczęć realizatora

studiów podyplomowych

**Do oferty należy dołączyć:**

1. **program studiów podyplomowych**
2. **wzór dokumentu potwierdzającego ukończenie studiów podyplomowych (o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących)**

**Zobowiązuję się do wystawienia faktury VAT/rachunku z odpowiednim opisem uwzględniającym nazwę usługi, formę kształcenia, liczbę osób objętych kształceniem, cenę jednostkową za osobę oraz informację o źródle finansowania z podaniem procentowego udziału środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego.**

………………………………………………

pieczęć i podpis

upoważnionego przedstawiciela

realizatora studiów podyplomowych

**Załącznik nr 1 (Formularz C)**

…………………………………………………….

pieczęć realizatora egzaminu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OFERTA REALIZATORA EGZAMINU**  **umożliwiającego uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności,**  **kwalifikacji lub uprawnień zawodowych** | | |
| **Nazwa i adres realizatora egzaminu:** | | |
| **Numer telefonu:** | | **e-mail** |
| **Nazwa egzaminu:** | | |
| **Termin egzaminu:** | | |
| **Miejsce realizacji egzaminu (adres):** | | |
| **Koszt egzaminu:** | **Termin płatności:** | |
| **Certyfikaty jakości organizowanych usług kształcenia ustawicznego:** | | |
| **1. Cel egzaminu**: ………………………………………………………………………………………………………………………………………….  **2. Zakres egzaminu**:  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | | |
| **3.Wymagania wstępne dla przystępujących do egzaminu:**   |  | | --- | | * **wykształcenie** * gimnazjalne lub poniżej * zasadnicze zawodowe * średnie * wyższe * **umiejętności lub kwalifikacje:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………. * **badania lekarskie i/ lub psychologiczne:** ………………………………………………………………………………………………………………………………….………………….…   **4.Dokument potwierdzający zdanie egzaminu wraz z podstawą jego wydania** *(należy wskazać podstawę prawną, właściwą ustawę, rozporządzenie itp.)***:**  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….… | | **Do oferty należy dołączyć wzór dokumentu potwierdzającego umiejętności, kwalifikacje lub uprawnienia zawodowe nabyte po zdaniu egzaminu (o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących)** | | | |

**Po zakończeniu realizacji usługi zobowiązuję się do wystawienia faktury VAT/rachunku z odpowiednim opisem uwzględniającym formę i nazwę usługi, liczbę osób, cenę jednostkową za osobę oraz informację o źródle finansowania z podaniem procentowego udziału środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego.**

………………………………………………

pieczęć i podpis

upoważnionego przedstawiciela

realizatora egzaminu

**Załącznik nr 2**

………………………………………..…..

/pieczęć firmowa pracodawcy/

## OŚWIADCZENIE O POMOCY DE MINIMIS

Oświadczam, że w okresie bieżącego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go latach podatkowych:

**1. uzyskałem pomoc/nie uzyskałem pomocy\* de minimis**

W przypadku uzyskania pomocy de minimis proszę wypełnić poniższą tabelę:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Organ udzielający pomocy** | **Podstawa prawna otrzymanej pomocy** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Nr programu pomocowego, decyzji**  **lub umowy** | **Forma pomocy** | **Wartość (wysokość) pomocy brutto** | |
| wPLN | w EURO |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| Razem wartość uzyskanej pomocy de minimis | | | | | |  |  |

**2. uzyskałem inną pomoc publiczną /nie uzyskałem innej pomocy publicznej\* dot. w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis**

Niniejsze oświadczenie składam pod rygorem odpowiedzialności za szkodę spowodowaną fałszywym oświadczeniem.

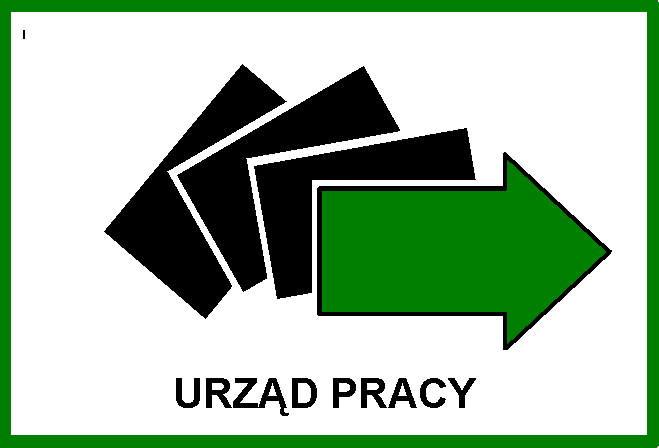
….......................................................... …..........................................................

miejscowość, data pieczęć i podpis pracodawcy

lub osoby uprawnionej do jego reprezentacji

(w przypadku braku imiennej pieczęci – czytelny podpis)

\*niewłaściwe skreślić

**Załącznik nr 4**

**KLAUZULA INFORMACYJNA WEDŁUG art. 13 RODO**

**WZGLĘDEM PODMIOTU DANYCH OBOWIĄZUJĄCA OD DNIA 25.05.2018 r. PRACODAWCA/PRZEDSIĘBIORCA/PODMIOT WSPÓŁPRACUJĄCY**

Informujemy, że:

1. Administratorem Danych Osobowych Pana/Pani jest Powiatowy Urząd Pracy w Sosnowcu przy   
   ul. Rzeźniczej 12, dalej jako „ADO”.

Administrującym danymi osobowymi w imieniu Powiatowego Urzędu Pracy w Sosnowcu jest Dyrektor, tel. kontaktowy 32 2978714, e- mail [kaso@praca.gov.pl](mailto:kaso@praca.gov.pl)

1. Dane kontaktowe - Inspektora Ochrony Danych (IOD) w Powiatowym Urzędzie Pracy w Sosnowcu, e-mail [iod@pup.sosnowiec.pl](mailto:iod@pup.sosnowiec.pl)
2. Dane osobowe są przetwarzane w celu realizacji ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz Rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a, b, c RODO.
3. Dane osobowe mogą być przekazywane organom państwowym, organom ochrony prawnej (Policja, Prokuratura, Sąd) lub organom samorządu terytorialnego w związku z prowadzonym postępowaniem na podstawie umotywowanego wniosku z poprawną podstawą prawną.
4. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej.
5. Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie przez okres niezbędny do realizacji celów przetwarzania danych osobowych, nie dłużej niż wynika to z Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt Powiatowego Urzędu Pracy w Sosnowcu.
6. W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo do:
7. dostępu do danych osobowych, sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania,
8. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania oraz prawo do przenoszenia danych,
9. wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie - jeśli do przetwarzania doszło na podstawie zgody.

* Cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
* Wymienione prawa mogą być ograniczone w sytuacjach, kiedy Urząd jest zobowiązany prawnie do przetwarzania danych w celu realizacji obowiązku ustawowego.

1. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO), gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pana/Pani narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27.04.2016 r. „RODO”.
2. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu rozpatrzenia wniosku, udzielenia środków na podstawie umowy, wypłacenia środków, ich rozliczenia, kontrolowania prawidłowości realizacji umowy oraz zabezpieczenia zwrotu środków, a także kontroli zgodności tych czynności   
   z przepisami prawa.
3. Pana/Pani dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanym procesom podejmowania decyzji przez ADO.

*Powyższa informacja spełnia obowiązek prawny uregulowany zapisami 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 2016 Nr 119, s.1), zwanym „RODO”*

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

(pieczęć firmowa pracodawcy)

**OŚWIADCZENIE**

**(dla pracodawców z sektora opieki zdrowotnej i pomocy społecznej)**

Oświadczam, że wnioskowane usługi kształcenia ustawicznego nie są wymienionymi w art. 108 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy:

1. stażami podyplomowymi wraz z kosztami obsługi określonymi w przepisach o zawodach lekarza i lekarza dentysty,
2. szkoleniami specjalistycznymi lekarzy i lekarzy dentystów, o których mowa w przepisach o zawodach lekarza i lekarza dentysty,
3. specjalizacjami pielęgniarek i położnych, o których mowa w przepisach o zawodach pielęgniarki i położnej.

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

miejscowość, data pieczęć i podpis pracodawcy

lub osoby uprawnionej do jego reprezentacji

(w przypadku braku imiennej pieczęci –

czytelny podpis)

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

(pieczęć firmowa pracodawcy)

**OŚWIADCZENIE**

**(dla pracodawców, którzy wnioskują o objęcie kształceniem ustawicznym pracownika/pracowników,**

**któremu / którym umowa o pracę kończy się w trakcie tego kształcenia)**

Oświadczam, że umowa pracownika wskazanego w części D wniosku w wierszu nr .… zostanie przedłużona co najmniej do czasu zakończenia kształcenia\*.

Oświadczam, że umowy pracowników wskazanych w części D wniosku w wierszach nr …………………………………… zostaną przedłużone co najmniej do czasu zakończenia kształcenia\*.

\*niewłaściwe skreślić

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

miejscowość, data pieczęć i podpis pracodawcy

lub osoby uprawnionej do jego reprezentacji

(w przypadku braku imiennej pieczęci –

czytelny podpis)

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

(pieczęć firmowa pracodawcy)

**OŚWIADCZENIE**

**(w przypadku, gdy kształceniem ustawicznym ma zostać objęta osoba pełniąca funkcje zarządcze**

**w spółkach akcyjnych i spółkach z ograniczoną odpowiedzialnością)**

Oświadczam, że wskazany w części D wniosku w wierszu nr .… Prezes/Wiceprezes Zarządu \* jest zatrudniony/a w spółce na podstawie umowy o pracę.

\*niewłaściwe skreślić

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

miejscowość, data pieczęć i podpis pracodawcy

lub osoby uprawnionej do jego reprezentacji

(w przypadku braku imiennej pieczęci –

czytelny podpis)

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

(pieczęć firmowa pracodawcy)

**OŚWIADCZENIE**

**(dla pracodawców, którzy chcą spełnić wymagania priorytetu nr 5,**

**tj. wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie**

**związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem oraz osób będących członkami rodzin wielodzietnych)**

Oświadczam, że:

spełniam wymagania priorytetu nr 5 wydatkowania środków KFS w roku 2023\*

pracownik wskazany/pracownicy wskazani\* w części D wniosku w wierszu/ach nr …………………….. spełnia/ją wymagania priorytetu nr 5 wydatkowania środków KFS w roku 2023\*

\*niewłaściwe skreślić

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

miejscowość, data pieczęć i podpis pracodawcy

lub osoby uprawnionej do jego reprezentacji

(w przypadku braku imiennej pieczęci –

czytelny podpis)