**Wykaz osób objętych działaniami**

| Lp. | Oznaczenie uczestnika wskazane we wniosku | Data urodzenia | Zajmowane stanowisko pracy | Grupa wielkich zawodów i specjalności | Podstawa zatrudnienia (wg kodeksu pracy) | Okres zatrudnienia od - do | Priorytet wydatkowania środków KFS | Czy wskazany uczestnik jest osobą współpracującą TAK/NIE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | | |
| 8. | | | | | | | | |
| 9. | | | | | | | | |
| 10. | | | | | | | | |