*Załącznik nr 1*

|  |  |
| --- | --- |
| **NUMER WNIOSKU**  wypełnia PUP  w Skarżysku-Kamiennej | CR.627.W ..… /2025  WnKszUstKFS/25/….. |

……………………….…………………

Pieczęć wnioskodawcy

**WNIOSEK PRACODAWCY O PRZYZNANIE ŚRODKÓW Z KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO (KFS) NA SFINANSOWANIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO PRACOWNIKÓW I PRACODAWCY**

**Podstawa prawna:**

1. Art. 69a i 69b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
2. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznania 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. **INFORMACJE O WNIOSKODAWCY:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Nazwa pracodawcy |  |
| 2. Adres siedziby pracodawcy *(ulica, nr budynku, kod miejscowość)* |  |
| 3. Miejsce prowadzenia działalności gospodarczej *(jeśli jest inne niż adres siedziby)* |  |
| 4. Adres do korespondencji  *(miejscowość, kod pocztowy ulica, nr budynku i lokalu – wypełnić, jeśli adres jest inny niż podany w pkt 2)* |  |
| 5. NIP |  |
| 6. REGON |  |
| 7. Przeważający rodzaj działalności gospodarczej według (PKD) |  |
| 8. Oznaczenie formy organizacyjno-prawnej działalności *(np. spółdzielnia, spółka (podać jaka), działalność indywidualna, inna)* |  |
| 9. Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy i podpisania umowy *(zgodnie z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem)* |  |
| 10. Imię i nazwisko osoby do kontaktów z PUP |  |
| 11. Numer telefonu |  |
| 12. E-mail |  |
| 13. Pełna nazwa banku i numer rachunku bankowego pracodawcy na który mają być przekazane środki:  UWAGA! W przypadku płatników VAT - zgodnie z wykazem podatników VAT | |
| *…….……………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………..*  **UWAGA! W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku i otrzymania dofinansowania należność dla organizatora działań/kształcenia musi zostać przekazana ze wskazanego wyżej konta.** | |
| 14. Czy środki na rachunku bankowym pracodawcy są oprocentowane ? | 🞎 󠆼 TAK 󠆼🞎 NIE |
| 15. Wielkość przedsiębiorstwa | |
| Liczba pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, lub spółdzielczej umowy o pracę- na dzień złożenia wniosku: |  |
| wielkość przedsiębiorstwa | mikroprzedsiębiorstwo: TAK □ / NIE □  małe przedsiębiorstwo: TAK □ / NIE □  średnie przedsiębiorstwo: TAK □ / NIE □  inne: TAK □ / NIE □ |
| Za mikroprzedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych:  1) zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz  2) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych  2 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 milionów euro.  Za małego przedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych:  1) zatrudniał średniorocznie mniej niż 50 pracowników oraz  2) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych  10 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 10 milionów euro.  Za średniego przedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych:  1) zatrudniał średniorocznie mniej niż 250 pracowników oraz  2) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych  50 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 43 milionów euro. | |

1. **CAŁKOWITA WARTOŚĆ PLANOWANYCH DZIAŁAŃ KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

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 mikroprzedsiębiorstw 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** (zgodnie z pkt. VI wniosku)**:** | |  |
| Słownie: |  | |
| W tym: **Wysokość wnioskowanych środków KFS w złotych:** | |  |
| Słownie: |  | |
| **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w złotych\*:** | |  |
| Słownie: |  | |
| *\*nie dotyczy mikroprzedsiębiorstw*  *\*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.* | | |

**III. Wskazanie działań obejmujących kształcenie ustawiczne pracodawcy i pracowników:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Wyszczególnienie | | Liczba pracodawców | Liczba pracowników | |
| razem | kobiety |
| **Liczba osób, których wydatek dotyczy ogółem** | |  |  |  |
| **Liczba osób według rodzajów wsparcia** | Kursy realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą |  |  |  |
| Studia podyplomowe realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą |  |  |  |
| Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych |  |  |  |
| Badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu, |  |  |  |
| Ubezpieczenie NNW w związku z podjętym kształceniem |  |  |  |
| **Liczba osób** | Wykonujących pracę w szczególnych warunkach oraz pracę  o szczególnym charakterze |  |  |  |
| W tym osoby mogące to udokumentować |  |  |  |
| **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 |  |  |  |

**IV. WYKAZ OSÓB, KTÓRE ZOSTANĄ OBJĘTE DZIAŁANIAMI FINANSOWANYMI Z UDZIAŁEM ŚRODKÓW KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwisko i Imię** | **Pracownik / Pracodawca\*** | **rodzaj umowy o pracę\***  **wymiar etatu**  **(np. 1/1, ½ itp.)** | **grupa wiekowa, do której należy uczestnik kształcenia** | | | | **Poziom wykształcenia** | | | | |
| **okres obowiązywania umowy  (od …… do ……) /  data rozpoczęcia działalności gospodarczej** | 15 - 24 lata | 25 - 34 lata | 35 - 44 lata | 45 lat  i więcej | Gimnazjalne  i poniżej | Zasadnicze zawodowe | Średnie ogólnokształcące | Policealne  i średnie zawodowe | Wyższe |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |

\*Zgodnie z art. 2 Kodeksu Pracy, pracownikiem jest osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę.

\*\*niewłaściwe skreślić

**V. PRIORYTETY WYDATKOWANIA ŚRODKÓW KFS W 2025 ROKU**

1. **Priorytety przyjęte przez Ministra ds. Pracy:**
   1. Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w zawodach określonych jako deficytowe na danym terenie tj. w powiecie lub w województwie.

□ **TAK** □ **NIE**

Jeśli TAK proszę podać nazwę zawodu deficytowego (zgodnie z barometrem zawodów dla powiatu skarżyskiego na 2025 r.), którego kształcenie dotyczy: ……………………………….

2) Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy.

□ **TAK** □ **NIE**

3) Wsparcie kształcenia ustawicznego pracodawców i ich pracowników zgodnie z potrzebami szkoleniowymi, które pojawiły się na terenach dotkniętych przez powódź we wrześniu 2024 roku.

□ **TAK** □ **NIE**

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.

□ **TAK** □ **NIE**

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.

□ **TAK** □ **NI**E

6) Wsparcie cudzoziemców, w szczególności w zakresie zdobywania wiedzy na temat polskiego prawa pracy i integracji tych osób na rynku pracy.

□ **TAK** □ **NIE**

7) Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych.

**□ TAK □ NIE**

8) Rozwój umiejętności cyfrowych.

□ **TAK** □ **NIE**

9) Wsparcie rozwoju umiejętności związanych z transformacją energetyczną.

□ **TAK** □ **NIE**

14) UWAGA! priorytet dodany w kwietniu 2025 r. - Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w związku z wprowadzaniem elastycznego czasu pracy z

zachowaniem poziomu wynagrodzenia lub rozpowszechnianiem w firmach work-life balance

□ **TAK** □ **NIE**

**2.** **Priorytety Rady Rynku Pracy tzw. Rezerwy Krajowego Funduszu Szkoleniowego:**

10) Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób po 50. roku życia.

□ **TAK** □ **NIE**

11) Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności.   
□ **TAK** □ **NIE**

12) Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób z niskim wykształceniem.

□ **TAK** □ **NIE**

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

□ **TAK** □ **NIE**

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

| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Forma wsparcia\*** | **Nazwa wsparcia** | **Dokładny termin realizacji**  **wsparcia**  **(od dnia do dnia)** | **Nazwa i adres realizatora wskazanej formy wsparcia** | **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** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Ogółem: | | | | |  |  |  |  |

\*właściwe wpisać- należy wpisać tylko ten rodzaj wsparcia o które ubiega się pracodawca

* 1. Kolumna 2 – **forma wsparcia**: kurs, studia podyplomowe, egzamin (umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabyte umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych), ubezpieczenie NNW, określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego.
  2. Kolumna 3 – **nazwa wsparcia-** należy wpisać: jeżeli w kol. 2 wpisano np. kurs – to w kol. 3 wpisujemy nazwę kursu np. spawacz TIG; jeżeli w kol. 2 wpisano studia podyplomowe – to w kol. 3 wpisujemy nazwę studiów np. rachunkowość; jeżeli w kol. 2 wpisano np. badania – to w kol. 3 wpisujemy rodzaj badań np. psychologiczne itd.
  3. Kolumna 4 - Termin realizacji wsparcia – zaleca się aby termin realizacji szkolenia nie był wcześniejszy niż 30 dni od daty zakończenia naboru wniosku (należy wziąć pod uwagę czas na rozpatrzenie wniosku i podpisanie umowy).W przypadku braku możliwości wskazania konkretnego terminu należy wskazać orientacyjnie miesiąc rozpoczęcia i zakończenia kształcenia.

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

**VII. UZASADNIENIE WNIOSKU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego, przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy oraz obowiązujących priorytetów wydatkowania środków KFS, a w przypadku środków z rezerwy KFS – dodatkowo priorytetów wydatkowania środków rezerwy KFS** (należy wypełnić dla każdej osoby objętej kształceniem): | | | | |
| **Lp.** | **Dane osób objętych kształceniem** | **Priorytet** | | **Rodzaj kształcenia ustawicznego  -** nazwa kursu, studiów, egzaminów, badań, NNW |
| 1) | Imię i nazwisko ……………………………………………  Stanowisko ……………………………..…………………  Wykształcenie ……………………………………………  Stopień niepełnosprawności: TAK / NIE\*  Okres na jaki wydano orzeczenie: ……………………… | **Osoba z priorytetu MRPiPS na 2025r.**   * 1 * 2 * 3 * 4 * 5 * 6 * 7 * 8 * 9 * 14 | **Osoba z priorytetu RRP (rezerwa KFS) na 2025r.**   * 10 * 11 * 12 * 13 |  |
| **Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osoby objętej kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS**  Plany dotyczące np. utrzymania zatrudnienia, awansu zawodowego, rozszerzenia obowiązków zawodowych, przesunięcia na inne stanowisko pracy lub inne istotne dla pracodawcy,  a w przypadku objęcia wsparciem pracodawcy – informacja na temat planów co do działalności firmy w przyszłości.  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….… | | | |
| **Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych planów, dotyczących osoby objętej kształceniem ustawicznym**  **(1)** Zakres wykonywanych przez pracodawcę/pracownika zadań zawodowych. (2)Sposób, w jaki wykorzystane zostaną nabyte w toku kształcenia ustawicznego kompetencje zawodowe (należy odnieść się do zakresu zadań zawodowych). (3)Powiązanie zaplanowanego działania z priorytetem. (4)Zgodność kompetencji nabywanych przez pracodawcę/pracownika z potrzebami lokalnego lub regionalnego rynku pracy.  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | |

**\*Niewłaściwe skreślić**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego finansowanej ze środków KFS, wraz  z następującymi informacjami** *(Niniejszą tabelę należy rozpisać osobno zarówno dla każdego działania, jak i dla poszczególnych zakresów tematycznych finansowanych w ramach kształcenia ustawicznego ze środków KFS):* | | | | |
| * 1. **Rodzaj kształcenia**   *\* zaznaczyć jeden – właściwy* | | | 󠆼 **kurs\***  󠆼 **badania\***  󠆼 **studia podyplomowe\***  󠆼 **ubezpieczenie\***  󠆼 **egzamin\*** | |
| * 1. **Nazwa realizatora usługi kształcenia ustawicznego** | | |  | |
| * 1. **Siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego** | | |  | |
| * 1. **Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego**   W przypadku zaznaczenia posiadania certyfikatu usług należy do wniosku załączyć kserokopię certyfikatu (w przypadku zaznaczenia posiadania certyfikatu a nie dołączenia kopii certyfikatu będzie traktowane jako jego brak). | | |  | |
| 1. **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)* | | |  | |
| 1. **Nazwa kształcenia ustawicznego** | | |  | |
| 1. **Liczba godzin kształcenia ustawicznego** | | |  | |
| 1. **Termin realizacji kształcenia** | | | od ………………………..… do……………………..… | |
| 1. **Cena usługi kształcenia ustawicznego na jednego uczestnika** | | |  | |
| 1. **Porównanie ceny ww. usługi kształcenia ustawicznego  z ceną 3 podobnych usług oferowanych na rynku** *(o ile są dostępne)* | 1) | Nazwa i siedziba organizatora kształcenia | |  |
| Liczba godzin kształcenia | |  |
| Cena usługi | |  |
| 2) | Nazwa i siedziba organizatora kształcenia | |  |
| Liczba godzin kształcenia | |  |
| Cena usługi | |  |
| 3) | Nazwa i siedziba organizatora kształcenia | |  |
| Liczba godzin kształcenia | |  |
| Cena usługi | |  |
| 1. **Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego:** | …………………………………..…………………………………………………………………………………....……  ………………………………………………………………………………………………………………………………  ……..………………..………………………………………………………………………………………………..…… | | | |

**VIII. OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z Kryteriami przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego;
2. **JESTEM / NIE JESTEM\*** przedsiębiorcą prowadzącym działalność gospodarczą w rozumieniu prawa konkurencji UE;
3. **JESTEM / NIE JESTEM**\* beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej;
4. **ZALEGAM / NIE ZALEGAM\*** na dzień złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Emerytur Pomostowych, KRUS oraz innych danin publicznych;
5. **POSIADAM / NIE POSIADAM\*** ugody zawartej z wierzycielem o warunkach spłaty zadłużenia.
6. **TOCZY SIĘ / NIE TOCZY SIĘ\*** w stosunku do mojej firmy postępowanie upadłościowe i **ZOSTAŁ / NIE ZOSTAŁ\*** zgłoszony wniosek o likwidację;
7. W okresie do 365 dni przed dniem złożenia wniosku **ZOSTAŁEM / NIE ZOSTAŁEM\*** skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych, jak również **JESTEM / NIE JESTEM\*** objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.
8. Pracownicy przewidziani do objęcia kształceniem ustawicznym **SĄ / NIE SĄ\*** zatrudnieni na podstawie umowy   
   o pracę / powołania / wyboru / mianowania / spółdzielczej umowy o pracę;
9. **UTRZYMAM / NIE UTRZYMAM\*** zatrudnienie pracowników których kieruję na kształcenie ustawiczne co najmniej do dnia zakończenia przez nich ostatniej formy wsparcia;
10. Pracodawca / pracownicy wskazani w niniejszym wniosku **PRZEBYWAJĄ / NIE PRZEBYWAJĄ\*** na urlopach macierzyńskich, rodzicielskich, wychowawczych, bezpłatnych oraz nie są to osoby współpracujące;
11. Pracownicy wskazani w niniejszym wniosku **SPEŁNIAJĄ / NIE SPEŁNIAJĄ\*** definicji osoby współpracującej zgodnie   
    z art. 8 ust. 11 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (za osobę współpracującą uważa się: małżonka, dzieci własne lub dzieci drugiego małżonka i dzieci przysposobione, rodziców oraz macochę i ojczyma pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym i współpracujących przy prowadzeniu działalności);
12. **UBIEGAM SIĘ / NIE UBIEGAM\***się o środki na kształcenie pracodawcy / pracowników objętych niniejszym wnioskiem w innym powiatowym urzędzie pracy;
13. Z wybranym realizatorem usługi kształcenia ustawicznego:
14. **JESTEM / NIE JESTEM\*** powiązany osobowo ani kapitałowo (nie jestem wspólnikiem);
15. **POSIADAM/ NIE POSIADAM\*** co najmniej 10% udziałów lub akcji;
16. **PEŁNIĘ / NIE PEŁNIĘ FUNKCJI\*** członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
17. **POZOSTAJĘ / NIE POZOSTAJĘ\*** w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli);
18. Pracownicy wskazani we wniosku **WYRAZILI / NIE WYRAZILI\*** zgody na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie   
    i archiwizowanie danych osobowych dotyczących swojej osoby, przez Powiatowy Urząd Pracy w Skarżysku-Kamiennej dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy w sprawie finansowania działań z KFS;
19. W zakładzie wszczęte jest postępowanie restrukturyzacyjne w rozumieniu ustawy z 15.05.2015 r. Prawo restrukturyzacyjne: **TAK / NIE** \*
20. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Urzędu jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy w Skarżysku-Kamiennej zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku;
21. Wskazane we wniosku formy pomocy **SĄ / NIE SĄ\*** stażami podyplomowymi i szkoleniami specjalizacyjnymi lekarzy i lekarzy dentystów oraz specjalizacjami pielęgniarek i położnych, o których mowa w przepisach   
    o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz pielęgniarki i położnej;
22. **BYŁEM / NIE BYŁEM\*** karany zakazem dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009r, o finansach publicznych;
23. Pracownicy wskazani w niniejszym wniosku **SPEŁNIAJĄ / NIE SPEŁNIAJĄ\*** wymagania wstępne dla uczestników kształcenia, które uwzględniają szczególne uwarunkowania lub ograniczenia związane z kształceniem w danym zawodzie;
24. Dokonałem rozeznania rynku usług w zakresie przedstawionym w części VII.2.10 wniosku. Racjonalność oraz gospodarność wydatkowania środków KFS potwierdzam dostępnymi ofertami (opisanymi w tabeli), które zobowiązuję się przedstawiać na każde żądanie Powiatowego Urzędu Pracy, aż do końca okresu obowiązywania umowy o dofinansowanie kształcenia ustawicznego;
25. Przyjmuję do wiadomości, że umowa dotycząca przyznanych środków na kształcenie ustawiczne pracowników   
    i pracodawcy ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego jest aktem cywilnoprawnym i żadnej ze stron nie przysługuje roszczenie jej zawarcia.

Świadomy/a/ odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego, „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8” - **oświadczam, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.**

**Jest mi wiadome, iż zgodnie z przepisami kodeksu postępowania karnego art. 304 § 2 „Instytucje państwowe i samorządowe, które w związku ze swoją działalnością dowiedzą się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu są zobowiązane niezwłoczne zawiadomić o tym prokuratora lub Policję oraz przedsięwziąć niezbędne czynności do czasu przybycia organu powołanego do ścigania przestępstw lub do czasu wydania przez ten organ stosownego zarządzenia, aby nie dopuścić do zatarcia śladów i dowodów przestępstwa”, a zatem jeżeli złożone we wniosku   
i załącznikach informacje i oświadczenia są nieprawdziwe Powiatowy Urząd Pracy w Skarżysku-Kamiennej dokona zgłoszenia, o którym mowa wyżej.**

Jestem świadomy, że dane osobowe dotyczące mojej osoby/dane podmiotu, w tym imię i nazwisko osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktów i pracowników 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 (Dz. U. z 2018r. 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.

Jednocześnie oświadczam, że pracownicy wskazani we wniosku zostali zapoznani z treścią Załącznika nr 5 – Klauzula informacyjna.

………………………………………….……

(**data i czytelny podpis wnioskodawcy** **lub osób uprawnionych do reprezentacji)**

\*niewłaściwe skreślić

**Załączniki do wniosku:**

**OBOWIĄZKOWE:**

1. Oświadczenie 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 - *Załącznik nr 2.*
2. Program kształcenia *(Załącznik nr 3)* lub zakres egzaminu - (oddzielnie dla każdego kursu / studiów / egzaminu).
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.
4. Kopia dokumentu potwierdzającego prawną formę prowadzenia działalności – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego (KRS) lub CEiDG. np. może to być umowa 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).
5. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawianego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących - dotyczy wyłącznie kursów, studiów podyplomowych i egzaminów. Dokument winien być sporządzony w języku polskim. Dopuszcza się złożenie jednego wzoru dokumentu potwierdzającego nabycie kompetencji w przypadku realizacji kilku działań przez jednego organizatora kształcenia.

**DODATKOWE:**

1. Oświadczenie wnioskodawcy dotyczące priorytetów - *Załącznik nr 4.*
2. Klauzula informacyjna – *Załącznik nr 5*
3. **Pełnomocnictwo** do reprezentowania wnioskodawcy oraz składania oświadczeń woli i zaciągania zobowiązań w jego imieniu.

W przypadku, gdy pracodawcę lub przedsiębiorcę reprezentuje pełnomocnik, do wniosku musi być załączone pełnomocnictwo określające jego zakres i podpisane przez osoby uprawnione do reprezentacji pracodawcy lub przedsiębiorcy. Pełnomocnictwo należy przedłożyć w oryginale, w postaci notarialnie potwierdzonej kopii lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez osobę lub osoby udzielające pełnomocnictwa (tj. osobę lub osoby uprawnione do reprezentacji pracodawcy lub przedsiębiorcy). Podpis lub podpisy osób uprawnionych do występowania w obrocie prawnym w imieniu pracodawcy muszą być czytelne lub opatrzone pieczątkami imiennymi.

1. Kserokopie umów spółek, które nie podlegają wpisowi do KRS - jeśli sfinansowanie kształcenia ustawicznego dotyczy wnioskodawcy.
2. Kopia dokumentu potwierdzającego miejsce prowadzenia działalności na terenie powiatu skarżyskiego -   
   w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, np. kserokopia umowy dzierżawy, najmu.
3. Kserokopia dokumentu potwierdzającego upoważnienie do reprezentacji i podpisania umowy osoby wskazanej we wniosku, np. powołanie, mianowanie,w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego (KRS) lub CEiDG.
4. W przypadku kursów należy dołączyć dokument, na podstawie którego organizator kształcenia prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego, jeżeli informacja ta nie jest dostępna w publicznych rejestrach elektronicznych.
5. Kserokopia certyfikatów jakości usług posiadanych przez organizatora kształcenia ustawicznego.
6. Kserokopia dokumentu potwierdzającego posiadanie rachunku bankowego.
7. Wnioskodawcy będący rolnikami lub prowadzącymi działy specjalne produkcji rolnej winni przedłożyć jeżeli ich dotyczy odpowiednio:
8. zaświadczenie z Urzędu Gminy lub Urzędu Miasta o wielkości powierzchni gospodarstwa rolnego, w tym   
   w ha przeliczeniowych,
9. nakaz płatniczy za ostatni rok podatkowy, inny dokument potwierdzający prawo własności gospodarstwa,
10. zaświadczenie z KRUS o podleganiu i niezaleganiu w płatnościach ubezpieczenia społecznego rolników,
11. zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o prowadzeniu działów specjalnych produkcji rolnej,
12. oświadczenie o prowadzeniu osobiście i na własny rachunek działalności w zakresie produkcji rolnej lub zwierzęcej w tym ogrodniczej, sadowniczej, pszczelarskiej i rybnej w pozostającym w jej posiadaniu gospodarstwie rolnym obejmującym obszar użytków rolnych o powierzchni przekraczającej 2 ha przeliczeniowe.

**Kserokopie przedkładanych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem**

***UWAGA !***

1. *Wnioski złożone w terminie naboru rozpatruje się wraz załącznikami.*
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 wniosku pracodawca zostanie poinformowany o sposobie jego rozpatrzenia.*
7. *Odmowa przyznania środków nie podlega odwołaniu.*

*Załącznik nr 2*

**Oświadczenie o wysokości uzyskanej pomocy de minimis**

|  |  |
| --- | --- |
| **Podstawa prawna: art. 7, ust. 4 Rozporządzenia Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L,2023/2831 z 15.12.2023)** | |
| **Informacje dotyczące podmiotu któremu ma być udzielona pomoc de minimis** |

Identyfikator podatkowy NIP podmiotu

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

Imię i nazwisko albo nazwa podmiotu

|  |
| --- |
|  |

Adres miejsca zamieszkania albo adres siedziby podmiotu

|  |
| --- |
|  |

**Oświadczam, iż**

**🞎 w okresie trzech poprzedzających lat wraz z podmiotami powiązanymi nie uzyskałem pomocy de minimis oraz pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie**

**🞎 w okresie trzech poprzedzających lat wraz z podmiotami powiązanymi uzyskałem pomoc de minimis oraz pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie w wysokości:**

|  |
| --- |
|  |

w PLN

|  |
| --- |
|  |

w EUR

**Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem faktycznym.**

|  |
| --- |
| **Informacje dotyczące osoby upoważnionej do przedstawienia informacji** |

**Imię i Nazwisko Numer telefonu**

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

**Stanowisko służbowe Data i podpis**

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

*Załącznik nr 3*

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

(pieczęć instytucji szkoleniowej)

# PROGRAM KSZTAŁCENIA

**I. Dane dotyczące realizatora usługi kształcenia:**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Nazwa realizatora usługi kształcenia** |  |
| **2. Adres realizatora usługi kształcenia** |  |
| **3. Numer telefonu** |  |
| **4. E-mail** |  |
| **5. NIP** |  |
| **6.REGON** |  |
| **7.PKD** |  |
| **8. Wpis do rejestru instytucji szkoleniowych** | 🞎tak, jeżeli tak proszę podać następujące dane: wpis w rejestrze prowadzonym przez Wojewódzki Urząd Pracy w ........................................  pod numerem ...............................................................................................  🞎nie |

**II. Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia** (w przypadku posiadania załączyć kserokopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem):

|  |
| --- |
| 🞎tak, proszę podać jakie : |
| 🞎nie |

**III. Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia dokumentu na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia**

|  |
| --- |
| 🞎 tak, proszę podać jaki : |
| 🞎 nie |

**IV. Rodzaj i nazwa kształcenia ( kurs/egzamin / studia podyplomowe\*):**

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

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

**V. Czas trwania kształcenia i sposób organizacji kształcenia:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Termin kształcenia** | od ........................ do ..................................  Liczba semestrów w przypadku studiów podyplomowych: …….. |
| **Liczba godzin edukacyjnych kształcenia (czas kształcenia jednej osoby):**  .............................................  w tym:  a) zajęcia teoretyczne: ......................  b) zajęcia praktyczne: .......................  **Czas trwania :**  Ilość tygodni ............................................. Ilość dni kształcenia ................................ | |

**Miejsce kształcenia:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Adres zorganizowania zajęć teoretycznych**  .............................................................................................................................................................................................. | **Adres zorganizowania zajęć praktycznych**  ................................................................................................................................................................................................................ |

**VI. Koszt kształcenia:**

|  |  |
| --- | --- |
| KOSZT KSZTAŁCENIA (kursu/studiów podyplomowych/egzaminu)  **NA 1 UCZESTNIKA**  (jeżeli kształcenie jest w całości lub co najmniej 70% finansowane z KFS, wówczas koszt danej formy wsparcia musi uwzględniać zwolnienie z podatku VAT).  **UWAGA**: **Koszt danej formy wsparcia nie może zawierać kosztów związanych z przejazdem, zakwaterowaniem i wyżywieniem.** | ...........................złotych  słownie: ......................................................................  ....................................................... złotych |
| **Koszt osobogodziny kształcenia** | ...........................złotych  słownie: ......................................................................  .......................................................... złotych |

**VII. Wymagania wstępne dla uczestników kształcenia:**

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

**VIII. Uzyskane kwalifikacje i umiejętności po pozytywnym zakończeniu kształcenia przez uczestnika:**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IX. Plan nauczania** | | |
| ***Temat / nazwa zajęć edukacyjnych***  ***(kluczowe punkty szkolenia w zakresie poszczególnych zajęć edukacyjnych)*** | ***Wymiar zajęć (w godzinach)*** | |
| ***teoretycznych*** | ***praktycznych*** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Razem** |  |  |

**X.** **Przewidziane sprawdziany / egzaminy.**

**Sprawdziany (wymienić jakie?):** ………………………………………………

**Egzaminy (właściwe zaznaczyć):**

🞎 egzamin wewnętrzny przeprowadzony przez realizatora kształcenia

🞎egzamin państwowy przed komisją (podać nazwę komisji ………………………………………………..…………………….),

🞎 inna forma zaliczenia, proszę wpisać jaka: ...................................................................................................

**Zakres egzaminu:**

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

**XI. Rodzaj dokumentów potwierdzających ukończenie kształcenia i uzyskanie kwalifikacji:** (proszę zaznaczyć   
w okienku właściwe)

🞎 zaświadczenie/certyfikat według własnego wzoru

🞎zaświadczenie na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów - należy wskazać podstawę prawną na podstawie jakich przepisów wydane są dokumenty tj. **np. ustawa, rozporządzenie wraz z podaniem numeratorów tych aktów prawnych** w których zawarte są wzory zaświadczeń, certyfikatów lub innych dokumentów potwierdzających uzyskanie kwalifikacji: ……...........................................................................

🞎 inne – jakie? ……………………………………………………………………………………………...

Oświadczamy, iż w przypadku realizacji kształcenia ustawicznego na rzecz pracodawcy, na wniosek Powiatowego Urzędu Pracy przedstawimy szczegółowy preliminarz kosztów dla danej formy kształcenia oraz harmonogram zajęć  
 z wyszczególnieniem dni, godzin (od –do) oraz miejscem odbywania szkolenia.

**Załączniki:**

1. **Wzór zaświadczenia lub innego dokumentu potwierdzającego ukończenie kształcenia i uzyskanie kwalifikacji   
   (np. dyplomów, uprawnień itp.)**
2. **Kserokopia certyfikatów jakości usług posiadanych przez organizatora kształcenia ustawicznego**
3. **W przypadku kursów należy dołączyć dokument, na podstawie którego organizator kształcenia prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego, jeżeli informacja ta nie jest dostępna w publicznych rejestrach elektronicznych**

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

/miejscowość, dnia/ /podpis i pieczęć dyrektora/kierownika realizatora kształcenia   
lub osoby upoważnionej do występowania w jego imieniu/

*Załącznik nr 4*

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCE PRIORYTETÓW**

**Priorytety przyjęte przez Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej:**

**Pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam/y w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję/my, co następuje:**

* **Wypełnia pracodawca ubiegający się o pomoc w ramach Priorytetu nr 2**

**dotyczy wsparcia kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy.**

Należy wskazać czy wnioskodawca:\*

**🞎** w ciągu jednego roku przed datą złożenia wniosku

- zakupił nowe maszyny/urządzenia (wskazać jakie):

|  |
| --- |
|  |

lub

- wdrożył nowe procesy, technologie, systemy (wskazać jakie):

|  |
| --- |
|  |

**oraz załączyć dokument potwierdzający zakup**

**🞎** w ciągu trzech miesięcy po złożeniu wniosku

- zakupi nowe maszyny/urządzenia (wskazać jakie):

|  |
| --- |
|  |

lub

- wdroży nowe procesy, technologie i systemy (wskazać jakie):

|  |
| --- |
|  |

**oraz w okresie trzech miesięcy po złożeniu wniosku należy dostarczyć dokument potwierdzający zakup**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko pracownika | Nowe zadania związane z wprowadzonymi/  planowanymi do wprowadzenia zmianami |
|  |  |  |
|  |  |  |
| … |  |  |

………………………………… ……………………………………………………...  *(data) (podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy)*

* **Wypełnia pracodawca ubiegający się o pomoc w ramach Priorytetu nr 7**

**dotyczy wsparcia rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych   
i opiekuńczych.**

Należy wykazać PKD w sekcji R opieka zdrowotna i pomoc społeczna:\*

**🞎** w działach 86 – opieka zdrowotna

**🞎** w działach 87 – pomoc społeczna z zakwaterowaniem

**🞎** w działach 88 – pomoc społeczna bez zakwaterowania

………………………………… ……………………………………………………...  *(data) (podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy)*

\*właściwe zaznaczyć

* **Wypełnia pracodawca ubiegający się o pomoc w ramach Priorytetu nr 9**

**dotyczy kształcenia ustawicznego w zakresie umiejętności związanych z transformacją energetyczną.**

Proszę wskazać odpowiedni filar transformacji energetycznej:\*

**🞎** dekarbonizacja – czyli redukcja emisji gazów cieplarnianych i rozwój OZE,

**🞎** decentralizacja – dotyczy odejścia od dużych elektrowni na rzecz rozproszonych odnawialnych źródeł energii   
o mniejszej mocy,

**🞎** digitalizacja – to postawienie na infrastrukturę informatyczną, dzięki której możliwe będzie np. wprowadzenie taryf dynamicznych (czyli takich, w których końcowa opłata za energię jest bezpośrednio powiązana z bieżącymi cenami na hurtowym rynku energii).

lub

Szkolenie finansowane w obszarze ekologii …………………………………………………………………………………………………………………….  
 (nazwa szkolenia)

………………………………… ……………………………………………………... *(data) (podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy)*

**Priorytety Rady Rynku Pracy tzw. Rezerwy Krajowego Funduszu Szkoleniowego:**

**Pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam/y w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję/my, co następuje:**

* **Wypełnia pracodawca ubiegający się o pomoc w ramach Priorytetu nr 10**

**dotyczy wsparcia kształcenia ustawicznego osób po 50 roku życia.**

Pracownicy wymienieni w poniższej tabeli spełniają warunek dostępu do tego priorytetu i należą do grupy osób   
w wieku 50+, tj. na dzień złożenia wniosku mają ukończone 50 lat.:

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko pracownika |
| 1. |  |
| 2. |  |
| … |  |

………………………………… ……………………………………………………...  *(data) (podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy)*

* **Wypełnia pracodawca ubiegający się o pomoc w ramach Priorytetu nr 11**

**dotyczy wsparcia rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności.**

Pracownicy wymienieni w poniższej tabeli posiadają orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, a okres obowiązywania orzeczenia pokrywa się z okresem kształcenia.:

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko pracownika |
| 1. |  |
| 2. |  |
| … |  |

………………………………… ……………………………………………………...  *(data) (podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy)*

\*właściwe zaznaczyć

* **Wypełnia pracodawca ubiegający się o pomoc w ramach Priorytetu nr 12**

**dotyczy wsparcia rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób z niskim wykształceniem.**

Pracownicy wymienieni w poniższej tabeli spełniają warunek dostępu do tego priorytetu i należą do grupy osób, które nie mają świadectwa dojrzałości, w tym nie ukończyły szkoły na jakimkolwiek poziomie.:

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko pracownika |
| 1. |  |
| 2. |  |
| … |  |

………………………………… ……………………………………………………...  *(data) (podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy)*

*Załącznik nr 5*

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i ust. 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 (dalej: RODO), jak również z uwagi na fakt, że **został/a Pan(i) wskazany/a przez naszego kontrahenta we wniosku o przyznanie środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego na sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i/lub pracodawcy**, Powiatowy Urząd Pracy w Skarżysku-Kamiennej - informuje, że:

1. **Administratorem** Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Skarżysku-Kamiennej reprezentowany przez Dyrektora PUP z siedzibą w Skarżysku-Kamiennej ul. Sikorskiego 20.
2. **Inspektorem Ochrony Danych** jest Pani Edyta Niziołek - Kiełbasa tel. 41/2517354 e-mail: [iod@skarzysko.praca.gov.pl](mailto:iod@skarzysko.praca.gov.pl)
3. Pani / Pana dane będą przetwarzane w celu:

- zawarcia i wykonania umowy w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego na podstawie wniosku pracodawcy o kształcenie ustawiczne własne i pracowników w związku z realizacją zadań określonych w Ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 735 z późń. zm.)   
i aktach wykonawczych do tej ustawy oraz Ustawie z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (t.j. Dz. U. z 2023r. poz. 1610 z późn. zm.) zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. C RODO,

- wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze w tym m.in. dochodzenia roszczeń, archiwizowania danych na wypadek potrzeby wykazania faktów zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. C RODO.

1. Odbiorcą Pana(i) danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do ich uzyskania na podstawie obowiązujących przepisów prawa, podmioty publiczne, członkowie Powiatowej Rady Rynku Pracy w Skarżysku  
   -Kamiennej, jednostki prowadzące działalność pocztową, banki oraz podmioty, z którymi Administrator zawarł umowy powierzenia danych w tym dostawcy oprogramowania i systemów informatycznych.
2. Celem przetwarzania danych jest: realizacja obowiązków w zakresie niezbędnym do udzielenia wsparcia i pomocy pracownikom i/lub pracodawcy w realizacji kształcenia ustawicznego finansowanego ze środków Krajowego Funduszu Społecznego;
3. Zachodzi dobrowolność podania danych osobowych, z zastrzeżeniem, że podanie danych jest konieczne w celu korzystania ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego a odmowa podania powyższych danych będzie wiązać się z rezygnacją świadczenia pomocy przez tut. urząd;
4. Ma Pan(i) prawo żądać od administratora dostępu do danych osobowych dotyczących Pana(i) osoby, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia danych, jak również ma Pan(i) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Biuro Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych  
   ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa;
5. Okres przechowywania danych osobowych, ze względu na wymogi archiwalne, jest zgodny z ustawą   
   z dnia 14 lipca 1983 o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U. z 2020 r. poz. 164);
6. Przetwarzanie danych osobowych nie jest oparte o art. 6 ust. 1 lit. f) RODO;
7. Dane nie będą przekazywane innym instytucjom, osobom trzecim, do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
8. Urząd pracy nie będzie wykorzystywał danych do zautomatyzowanego podejmowania decyzji (zautomatyzowanego przetwarzania) w tym profilowania, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO.