............................................. Sochaczew, dnia …………………………………

(pieczątka pracodawcy)

**Starosta Powiatu Sochaczewskiego**

za pośrednictwem

**Powiatowego Urzędu Pracy w Sochaczewie**

**Wniosek o przyznanie środków z rezerwy Krajowego Funduszu Szkoleniowego na sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy**

Na podstawie art. 69 a i 69 b ustawy z 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2025 r., poz. 214), w związku z art. 443 i 453 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r. poz. 620), Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018r., poz. 117).

**I. DANE PRACODAWCY**

1. Nazwa podmiotu zgodnie z dokumentami rejestrowymi (przy osobie fizycznej imię, nazwisko, PESEL): ….……………………..……………………………………………………………………..………….…………………………………..

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

2. Adres siedziby pracodawcy:

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

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

3. Miejsce prowadzenia działalności gospodarczej (pełen adres):

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

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

1. Numer: NIP………………..………………… REGON……………………………………… KRS/CEIDG....………………...……
2. Dane teleadresowe pracodawcy (nr telefonu, adres poczty elektronicznej):

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

1. Przeważający rodzaj działalności według PKD ….…………………………………………………………………..…………

7. Forma własności …………………………………………………………………………………...……………………………………….

/np. skarbu państwa, państwowych osób prawnych, samorządowa, komunalna, krajowych osób fizycznych, prywatna, zagraniczna, mieszana – podać jaka/

8. Forma prawna działalności gospodarczej…………………………….…………………………………………………...………

/spółdzielnia, spółka (podać jaka), osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, inna (podać jaka)/

9. Średnioroczne zatrudnienie¹ /w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych/:………………..………...

10. Wielkość przedsiębiorstwa zgodnie z Ustawą z dnia 6 marca 2018r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2024 r. poz. 236 z późn. zm.).

mikroprzedsiębiorca² mały przedsiębiorca³ średni przedsiębiorca⁴ inny

**1 średnioroczne zatrudnienie** określa się w przeliczeniu na pełne etaty, nie uwzględniając pracowników przebywających na urlopach macierzyńskich, urlopach na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopach ojcowskich, urlopach rodzicielskich i urlopach wychowawczych, a także zatrudnionych w celu przygotowania zawodowego.

**2 mikroprzedsiębiorca** – przedsiębiorca, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:

a) zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz;

b) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z 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.

**3 mały przedsiębiorca** – przedsiębiorca, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:

a) zatrudniał średniorocznie mniej niż 50 pracowników oraz;

b) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z 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 – i który nie jest mikroprzedsiębiorcą.

**4 średni przedsiębiorca** – przedsiębiorca, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki:

a) zatrudniał średniorocznie mniej niż 250 pracowników oraz

b) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z 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 – i który nie jest mikroprzedsiębiorcą ani małym przedsiębiorcą.

**UWAGA:**

* W przypadku przedsiębiorcy wykonującego działalność gospodarczą krócej niż rok, jego   
  przewidywany obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych, a także średnioroczne zatrudnienie oszacowuje się na podstawie danych za ostatni okres, udokumentowany przez przedsiębiorcę.
* Wyrażone w euro wielkości, przelicza się na złote według średniego kursu ogłaszanego przez   
  Narodowy Bank Polski w ostatnim dniu roku obrotowego wybranego do określenia statusu   
  przedsiębiorcy.
* Określając wielkość przedsiębiorcy należy brać pod uwagę stan zatrudnienia i wielkość obrotów   
  zarówno wnioskodawcy jak również podmiotów z nim powiązanych.

11**.** Liczba pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, lub spółdzielczej umowy o pracę zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. Kodeks Pracy (Dz. U. z 2025 r., poz. 277 z późn. zm.) na dzień złożenia wniosku: ………………………………

12.Kształceniu ustawicznemu podlegać będzie:

pracodawca w liczbie: …………………

pracownik w liczbie: ………………...

13.Liczba osób, które mają wziąć udział w kształceniu ustawicznym zgodnie z priorytetami na rok 2025:

|  |
| --- |
| * **Priorytet 10 –** Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób po 50 roku życia - liczba   osób …………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| * **Priorytet 11 –** Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób z orzeczonym stopniem   niepełnosprawności - liczba osób ………………………………………………………………………………………. |
| * **Priorytet 12 -** Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób z niskim wykształceniem   - liczba osób ………………………………………………………………………………………………………………….….. |
| * **Priorytet 13 –** Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w obszarach/branżach, które   powiatowe urzędy pracy określą na podstawie wybranych przez siebie dokumentów strategicznych, analiz czy planów rozwoju jako istotne dla danego powiatu czy  województwa - liczba osób ……………………………………………………………………………………………….. |

14. Pracodawca w bieżącym roku złożył wniosek lub zamierza wnioskować o środki rezerwy Krajowego Funduszu Szkoleniowego na sfinansowanie kształcenia ustawicznego w innym Powiatowym Urzędzie Pracy

TAK, w Urzędzie Pracy w ……………………….............

NIE

15. Nazwisko i imię osoby wskazanej i umocowanej do podpisania umowy (umocowanie to musi wynikać z dokumentów rejestrowych/założycielskich pracodawcy lub stosownego pełnomocnictwa).

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

**UWAGA:** W przypadku, gdy pracodawcę lub przedsiębiorcę reprezentuje pełnomocnik, do wniosku należy załączyć 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. osobę lub osoby uprawnione do reprezentacji pracodawcy). Podpis lub podpisy osób uprawnionych do występowania w obrocie prawnym w imieniu pracodawcy muszą być czytelne lub opatrzone pieczątkami imiennymi.

16. Nr rachunku bankowego na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku:

\_\_ \_\_-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_- \_\_ \_\_ \_\_ \_\_-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_-\_\_ \_\_ \_\_ \_\_

**Uwaga: Powyższy rachunek zostanie wskazany w umowie KFS jako rachunek służący do wszelkich   
płatności związanych z jej realizacją. Ze wskazanego rachunku należy dokonać płatności za fakturę wystawioną przez realizatora usługi.**

17. Osoba upoważniona ze strony Pracodawcy do kontaktu z Urzędem:

imię i nazwisko ………………..………………………………………………………………………………………………………….………

nr telefonu, e-mail ……………………………………………………………………………………………………….…..................

**II. TERMIN, WYSOKOŚĆ I PRZEZNACZENIE WSPARCIA**

Termin realizacji ….....................................................................................................................................

(od początku pierwszej formy kształcenia, do końca trwania ostatniej formy)

**Całkowity koszt planowanych działań związanych z kształceniem ustawicznym:** ……………….…………..zł

Słownie:……………………….…………………………………………...…………………..………………………………………………….zł

w tym:

**-** **kwota wnioskowana z rezerwy KFS ………..………………….**zł

słownie:………………………………………………………………………..….…………………………....……..............................zł

**- kwota wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę ......…………………..**zł

słownie:………………………...……………………………………………………………..………………..…...……………………………zł

**Uwaga:**

**Przy wyliczaniu wkładu własnego pracodawcy nie należy uwzględniać innych kosztów, które pracodawca poniesie w związku z udziałem pracowników w kształceniu ustawicznym   
np. wynagrodzenia za godziny nieobecności w pracy w związku z uczestnictwem w zajęciach, kosztów delegacji itp.**

**Wnioskowana wysokość środków rezerwy KFS nie może uwzględniać kosztów związanych   
z dojazdem, wyżywieniem, zakwaterowaniem*.***

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

*(miejscowość, data) (pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy*

**III. Informacje o uczestnikach kształcenia ustawicznego**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | | **Liczba pracodawców** | | | **Liczba pracowników** | |
| razem | w tym kobiet | | razem | w tym kobiet |
| **Objęci wsparciem ogółem** | |  | |  |  |  |
| **Uczestnicy według**  **rodzaju wsparcia** | Kursy |  | |  |  |  |
| Studia podyplomowe |  | |  |  |  |
| Egzaminy |  | |  |  |  |
| Badania lekarskie i/lub psychologiczne |  | |  |  |  |
| Ubezpieczenie NNW |  | |  |  |  |
| **Uczestnicy według**  **grup wiekowych** | 15-24 lata |  | |  |  |  |
| 25-34 lata |  | |  |  |  |
| 35-44 lata |  | |  |  |  |
| 45 lat i więcej |  | |  |  |  |
| **Uczestnicy według**  **poziomu wykształcenia** | Gimnazjalne i poniżej |  | |  |  |  |
| Zasadnicze zawodowe |  | |  |  |  |
| Średnie ogólnokształcące |  | |  |  |  |
| Policealne i średnie zawodowe |  | |  |  |  |
| Wyższe |  | |  |  |  |
| **Uczestnicy według zawodów** | Siły zbrojne |  | |  |  |  |
| Kierownicy |  | |  |  |  |
| Specjaliści |  | |  |  |  |
| Technicy i inny średni personel |  | |  |  |  |
| Pracownicy biurowi |  | |  |  |  |
| Pracownicy usług i sprzedawcy |  | |  |  |  |
| Rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy |  | |  |  |  |
| Robotnicy przemysłowi i rzemieślniczy |  | |  |  |  |
| Operatorzy i monterzy maszyn i urządzeń |  | |  |  |  |
| Pracownicy wykonujący prace proste |  | |  |  |  |
| **Uczestnicy wykonujący pracę** | W szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze |  | |  |  |  |
| **Uczestnicy według**  **tematyki kształcenia** | Nauka aktywnego poszukiwania pracy |  | |  |  |  |
| BHP |  | |  |  |  |
| Architektura i budownictwo |  | |  |  |  |
| Kompetencje cyfrowe |  | |  |  |  |
| Dziennikarstwo i informacja naukowo-techniczna |  | |  |  |  |
| Usługi fryzjerskie, kosmetyczne |  | |  |  |  |
| Górnictwo i przetwórstwo przemysłowe (w tym: przemysł spożywczy, lekki, chemiczny) |  | |  |  |  |
| Usługi hotelarskie, turystyka i rekreacja |  | |  |  |  |
| Nauki humanistyczne (bez języków obcych) i społeczne (w tym: ekonomia, socjologia, psychologia, politologia, etnologia, geografia) |  | |  |  |  |
| Informatyka i wykorzystanie komputerów |  | |  |  |  |
| Inne |  | |  |  |  |
| Języki obce (bez języka polskiego) |  | |  |  |  |
| Język polski |  | |  |  |  |
| Usługi krawieckie, obuwnicze |  | |  |  |  |
| Matematyka i statystyka |  | |  |  |  |
| Podstawowe programy ogólne (w tym: kształcenie umiejętności pisania, czytania  i liczenia) |  | |  |  |  |
| Rozwój osobowościowy i kariery zawodowej |  | |  |  |  |
| Prawo |  | |  |  |  |
| Rachunkowość, księgowość, bankowość, ubezpieczenia, analiza inwestycyjna |  | |  |  |  |
| Sprzedaż, marketing, public relations, handel nieruchomościami |  | |  |  |  |
| Rolnictwo, leśnictwo, rybołówstwo |  | |  |  |  |
| Prace sekretarskie i biurowe |  | |  |  |  |
| Opieka społeczna (w tym: opieka nad osobami niepełnosprawnymi, starszymi, dziećmi, wolontariat) |  | |  |  |  |
| Ochrona środowiska |  | |  |  |  |
| Usługi stolarskie, szklarskie |  | |  |  |  |
| Szkolenie nauczycieli i nauka  o kształceniu |  | |  |  |  |
| Sztuka, kultura, rzemiosło artystyczne |  | |  |  |  |
| Technika i handel artykułami technicznymi (w tym: mechanika, metalurgia, energetyka, elektryka, elektronika, telekomunikacja, miernictwo, naprawa i konserwacja pojazdów) |  | |  |  |  |
| Usługi transportowe (w tym kursy prawa jazdy) |  | |  |  |  |
| Usługi gastronomiczne |  | |  |  |  |
| Pozostałe usługi |  | |  |  |  |
| Weterynaria |  | |  |  |  |
| Ochrona własności i osób |  | |  |  |  |
| Opieka zdrowotna |  | |  |  |  |
| Zarządzanie i administrowanie |  | |  |  |  |
| Nauki o życiu i nauki przyrodnicze  (w tym: biologia, zoologia, chemia, fizyka) |  | |  |  |  |

**IV. INFORMACJA O PLANOWANYCH FORMACH KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO W 2025 r.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa kursu | Liczba  osób | Termin  realizacji  kursu | Koszt kursu  dla 1 uczestnika | Całkowity  koszt  w zł | Wysokość  wkładu  własnego  pracodawcy  w zł | Wnioskowana wysokość środków  z rezerwy KFS  w zł |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | RAZEM |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Kierunek  studiów  podyplomowych | Liczba osób | Termin  realizacji  studiów  podyplomowych | Koszt studiów podyplomowych dla 1 uczestnika | Całkowity koszt  w zł | Wysokość wkładu  własnego pracodawcy  w zł | Wnioskowana wysokość  środków z rezerwy FS  w zł |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | RAZEM |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Ubezpieczenie od  następstw  nieszczęśliwych  wypadków | Liczba osób | Data  ubezpiecz. | Koszt  ubezpieczenia od NNW dla  1 uczestnika | Całkowita wysokość wydatków  w zł | Wysokość wkładu  własnego  pracodawcy  w zł | Wnioskowana wysokość środków  z rezrwy KFS  w zł |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | RAZEM |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj badań  lekarskich i/lub  psychologicznych wymaganych do podjęcia kształcenia lub pracy  zawodowej po  ukończonym kształceniu | Liczba osób | Termin  realizacji | Koszt badań dla  1 uczestnika | Całkowity koszt w zł | Wysokość  wkładu własnego pracodawcy  w zł | Wnioskowana wysokość środków  z rezerwy KFS  w zł |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | RAZEM |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj egzaminu | Liczba  osób | Termin  realizacji  egzaminu | Koszt kursu  dla 1 uczestnika | Całkowity  koszt  w zł | Wysokość  wkładu  własnego  pracodawcy  w zł | Wnioskowana wysokość środków  z rezerwy KFS  w zł |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | RAZEM |  |  |  |  |  |  |

\*należy dodać odpowiednie kolumny aby uwzględnić wszystkie działania.

**V. Uzasadnienie wniosku z uwzględnieniem poniższych elementów:**

1. krótki opis obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy w obszarze kształcenia ustawicznego;
2. zgodność kompetencji nabywanych przez uczestników kształcenia ustawicznego z potrzebami lokalnego lub regionalnego rynku pracy;
3. zgodność planowanych działań z określonymi na 2025 rok priorytetami wydatkowania środków rezerwy KFS;
4. związek wybranych działań z planami dotyczącymi dalszego zatrudnienia uczestników kształcenia ustawicznego oraz działalności firmy w przyszłości.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

.............................................. ……………………………………*………………….….*

*(miejscowość, data) (pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)*

**VI. ZAŁĄCZNIKI:**

1.Załącznik nr 1 – Informacje dotyczące osoby planowanej do objęcia kształceniem ustawicznym- **dostarczyć do Urzędu po rozpatrzeniu** **wniosku, przed podpisaniem umowy;**

2.Załącznik nr 2 - Oświadczenie pracownika/pracodawcy objętego kształceniem ustawicznym o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych - **dostarczyć do Urzędu po rozpatrzeniu** **wniosku, przed podpisaniem umowy;**

3.Załącznik nr 3 - Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego finansowanej ze środków rezerwy KFS - kurs/szkolenie wraz z ofertą wybranego realizatora usługi kształcenia zawierającą wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestnika i program kursu/szkolenia;

4.Załącznik 3a - Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego finansowanej ze środków rezerwy KFS - studia podyplomowe wraz z ofertą z uczelni potwierdzającą kierunek wybranych studiów podyplomowych z wyraźnie określoną datą rozpoczęcia i zakończenia nauki (dzień, miesiąc, rok), wysokość opłat oraz system płatności (jednorazowo, ratalnie);

5.Załącznik nr 3b - Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego finansowanej ze środków rezerwy KFS - egzamin wraz z ofertą wybranego realizatora usługi kształcenia zawierającą wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestnika);

6. Załącznik nr 3c - Informacje dotyczące realizatora badań lekarskich;

7. Załącznik nr 3d - Informacje dotyczące realizatora ubezpieczenia od NNW;

8. Załącznik nr 4 - Oświadczenie o wielkości otrzymanej pomocy de minimis przez przedsiębiorstwo w okresie minionych trzech lat;

9. Załącznik nr 5 - Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie oraz innej pomocy publicznej przez przedsiębiorstwo w okresie minionych trzech lat;

10. Załącznik nr 6 - Oświadczenie do priorytetu 10;

11. Załącznik nr 7 - Oświadczenie do priorytetu 11;

12. Załącznik nr 8 - Oświadczenie do priorytetu 12;

13. Załącznik nr 9- Oświadczenie do priorytetu 13;

14. Załącznik nr 10- Oświadczenie dot. Sp. z o. o./S. A.

15. Załącznik nr 11 - Oświadczenie o braku istnienia wykluczających powiązań;

16. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis;

17.Kopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sadowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;

18. Kserokopie umów o pracę osób pełniących funkcje zarządcze w spółkach akcyjnych lub spółkach z ograniczoną odpowiedzialnością, potwierdzonych za zgodność z oryginałem;

19. Załącznik nr 14 – Oferta realizatora działań wnioskowanych przez pracodawcę.

**Oświadczenie Pracodawcy:**

**1.**Jestem pracodawcą w rozumieniu przepisów ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2025 r. poz. 214), w związku z art. 443 i 453 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r. poz. 620), ponieważ zatrudniam/y co najmniej jednego pracownika. **2.Nie zalegam / zalegam\*** w dniu złożenia niniejszego wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych. **3.Nie znajduję / znajduję\*** się w stanie likwidacji i upadłości. **4.Nie jestem / jestem\*** w trakcie zwolnień grupowych. **5.Nie mam zadłużenia / mam zadłużenie\* wobec** Skarbu Państwa w opłatach z tytułu podatków**.** **6.Spełniam/ nie spełniam\*** warunki rozporządzenia komisji (UE) Nr 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) □ nie dotyczy  **7.Spełniam/ nie spełniam\*** warunki rozporządzenia komisji (UE) Nr 2023/2832 z dnia 13 grudnia 2023r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy   
de minimis przyznawanej przedsiębiorstwom wykonującym usługi świadczone w ogólnym interesie gospodarczym (Dz. Urz. UE L 2023/2832 z 15.12.2023 z późn. zm.). □ nie dotyczy **8.Spełniam / nie spełniam\*** warunki określone w rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013 z późn. zm.). □ nie dotyczy **9**.**Spełniam / nie spełniam\*** warunki określone w Rozporządzenie Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.2014, z póżn. zm.). □ nie dotyczy **10.** Jestem świadomy, że dane osobowe dotyczące mojej osoby/dane podmiotu, w tym imię i nazwisko osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktów będą zbierane, przetwarzane, udostępniane i archiwizowane dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o której mowa w rozporządzeniu MPiPS z dnia 14 maja 2014r. 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 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) a także innych przepisów dotyczących ochrony danych osobowych. **11.** Oświadczam, że osoby wskazane do udziału w formach kształcenia ustawicznego finansowanego ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego **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. Oświadczam, że wskazane oferty kształcenia ustawicznego obejmują / nie obejmują\* kosztów związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem, przejazdami oraz kosztów delegacji.** **13.** Oświadczam, że oferta realizatora usługi kształcenia ustawicznego wybrana do realizacji form kształcenia ustawicznego finansowanych ze środków rezerwy KFS **jest/nie jest\*** konkurencyjna merytorycznie i cenowo w stosunku do ofert innych realizatorów oferujących formy kształcenia   
o tożsamej tematyce. **14.** Jestem poinformowany o obowiązku zawarcia umowy z pracownikami, którym zostaną sfinansowane koszty kształcenia ustawicznego. **15.** W związku z art. 443 i 453 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. z 2025 r. poz. 620), oświadczam, że zapoznałem się z treścią art. 69 a i 69 b ustawy z dnia  
 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2025 r. poz. 214) oraz Rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018 r. poz. 117). **16.** Zapoznałam/łem się z zasadami przyznawania środków KFS obowiązującymi w Powiatowym Urzędzie Pracy w Sochaczewie i zobowiązuję się do ich przestrzegania. **17.** Jestem świadomy(a), że kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego jest finansowane ze środków publicznych i w związku z tym podlega szczególnym zasadom rozliczania. **18.** Osoby, które zostaną objęte wsparciem KFS są zatrudnione na podstawie umowy o pracę, a czas trwania umowy nie jest krótszy niż czas trwania działań zaplanowanych we wniosku. **19.** Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Sochaczewie, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy ulegnie zmianie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku. **20.** Znam i rozumiem przepisy wewnątrzwspólnotowe i krajowe dotyczące pomocy publicznej dla przedsiębiorców.   
**21**.Mam świadomość, że wnioski nie są rozpatrywane w trybie decyzji administracyjnej, w związku   
z czym nie podlegają procedurze odwoławczej.

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

*(miejscowość, data) (pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej   
 do reprezentowania pracodawcy)*

*\**niepotrzebne skreślić

*Załącznik nr 1*

**Informacje dotyczące osoby planowanej do objęcia kształceniem ustawicznym (zaznaczyć właściwe)\*:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię  i nazwisko  Pesel | Poziom wykształ- cenia | Priorytet | Forma i nazwa  kształcenia  ustawicznego | Zajmowane  stanowisko/  stanowisko po zakończ.  kształcenia  ustawicznego | Forma  i okres zatrudnienia | Realizator usługi  kształcenia ustawicznego | Termin  realizacji  od-do (dd/mm/rr) | Koszt kształcenia  ustawicz. | Wysokość wkładu własnego | Kwota wnioskowana  z rezerwy KFS |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | Łącznie na jednego uczestnika: | | | | | |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | Łącznie na jednego uczestnika: | | | | | |  |  | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | Łącznie na jednego uczestnika: | | | | | |  |  |  | |
| Łącznie całkowita wysokość wydatków | | | | | |  |  |  | |

**\* dla każdego uczestnika kształcenia ustawicznego sporządzić osobną tabelę**

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

*(pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby*

*upoważnionej do reprezentowania pracodawcy*

*Załącznik nr 2*

………………………………………………………………………………………

/imię i nazwisko osoby objętej wsparciem z rezerwy KFS/

………………………………………………………………………  
 /data urodzenia/

**Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych w Powiatowym Urzędzie Pracy**

**w Sochaczewie**

Na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 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 (dalej RODO) informujemy, że Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Sochaczewie reprezentowany przez Dyrektora. Administrator przetwarza Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b oraz c RODO, tj. wykonanie umowy oraz w związku z ustawą z dnia 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, w odniesieniu do art. 443 i 453 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy   
i służbach zatrudnienia.

Szczegółowe informacje na temat zasad przetwarzania danych przez Administratora w tym opis praw przysługujących Państwu w związku z przetwarzaniem danych, jest dostępny na stronie internetowej Urzędu Pracy w zakładce „Ochrona danych osobowych” oraz w siedzibie Urzędu.

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

*(data, czytelny podpis osoby korzystającej*

*z procesu kształcenia ustawicznego)*

*Załącznik nr 3*

**UZASADNIENIE WYBORU REALIZATORA USŁUGI KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO FINANSOWANEJ ZE ŚRODKÓW REZERWY KFS, WRAZ Z NASTĘPUJĄCYMI INFORMACJAMI**

(w odniesieniu do każdego, wybranego przez Pracodawcę organizatora poszczególnych form kształcenia ustawicznego): **Kurs/szkolenie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Oferta I**  (oferta wybranego realizatora usługi kształcenia) | **Oferta II** | **Oferta III** |
| Nazwa i siedziba  realizatora usługi kształcenia ustawicznego |  |  |  |
| Rodzaj dokumentu, na podstawie którego realizator prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego /np. CEIDG, KRS, Decyzja Kuratora Oświaty, inne – podać jakie/ |  |  |  |
| Nr PKD realizatora |  |  |  |
| Certyfikaty jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego /np. ISO, TUV, MSUES, VCC, Akredytacja Kuratorium Oświaty, Akredytacja Centrów Egzaminacyjnych ECDL, inne - podać jakie/ |  |  |  |
| Nazwa kursu/szkolenia |  |  |  |
| Liczba godzin kursu/szkolenia |  |  |  |
| Koszt kursu/szkolenia za 1 uczestnika |  |  |  |
| Koszt osobogodziny kursu/szkolenia  /koszt za 1 uczestnika/ |  |  |  |
| Planowany termin realizacji kursu/szkolenia |  |  |  |

**Oświadczam, że koszt kursu/szkolenia nie zawiera kosztów związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem oraz dojazdem uczestnika na kurs/szkolenie.**

…………..…………………..……………………………  
*( pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby*

*upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)*

**Załączniki:**

**Oferta wybranego realizatora usługi kształcenia zawierająca:**

**- wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestnika**

**kursu/szkolenia,**

**- program kursu/szkolenia.**

*Załącznik nr 3a*

**UZASADNIENIE WYBORU REALIZATORA USŁUGI KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO FINANSOWANEJ ZE ŚRODKÓW KFS, WRAZ Z NASTĘPUJĄCYMI INFORMACJAMI** (w odniesieniu do każdego, wybranego przez Pracodawcę organizatora poszczególnych form kształcenia ustawicznego):**Studia podyplomowe**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa i siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego |  | | | | |
| Rodzaj dokumentu, na podstawie którego realizator prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego  /np. CEIDG, KRS, Decyzja Kuratora Oświaty, inne – podać jakie/ |  | | | | |
| Nr PKD realizatora |  | | | | |
| Certyfikaty jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego /np. ISO, TUV, MSUES, VCC, Akredytacja Kuratorium Oświaty, Akredytacja Centrów Egzaminacyjnych ECDL, inne - podać jakie/ |  | | | | |
| Kierunek studiów podyplomowych |  | | | | |
| Liczba godzin studiów podyplomowych |  | | Liczba semestrów studiów podyplomowych | |  |
| Koszt studiów podyplomowych za 1 uczestnika |  | Koszt 1 semestru studiów podyplomowych | |  | |
| Planowany termin realizacji studiów |  | | | | |

**Oświadczam, że koszt studiów podyplomowych nie zawiera kosztów związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem oraz dojazdem uczestnika na studia podyplomowe.**

…………..…………………..……………………………………..  
*(pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby*

*upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)*

**Załączniki:**

**Oferta z uczelni potwierdzająca kierunek wybranych studiów podyplomowych z wyraźnie określoną datą rozpoczęcia i zakończenia nauki (dzień, miesiąc, rok), wysokość opłat oraz system płatności (jednorazowo, ratalnie).**

*Załącznik nr 3b*

**UZASADNIENIE WYBORU REALIZATORA USŁUGI KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO FINANSOWANEJ ZE ŚRODKÓW REZRWY KFS, WRAZ Z NASTĘPUJĄCYMI INFORMACJAMI** (w odniesieniu do każdego, wybranego przez Pracodawcę organizatora poszczególnych form kształcenia ustawicznego): **Egzamin**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Oferta I**  (oferta wybranego realizatora usługi kształcenia) | **Oferta II** | **Oferta III** |
| Nazwa i siedziba  realizatora usługi kształcenia ustawicznego |  |  |  |
| Rodzaj dokumentu, na podstawie którego realizator prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego /np. CEIDG, KRS, Decyzja Kuratora Oświaty, inne – podać jakie/ |  |  |  |
| Nr PKD realizatora |  |  |  |
| Certyfikaty jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego /np. ISO, TUV, MSUES, VCC, Akredytacja Kuratorium Oświaty, Akredytacja Centrów Egzaminacyjnych ECDL, inne - podać jakie/ |  |  |  |
| Rodzaj egzaminu |  |  |  |
| Liczba godzin |  |  |  |
| Koszt egzaminu za 1 uczestnika |  |  |  |
| Koszt osobogodziny kursu/szkolenia  /koszt za 1 uczestnika/ |  |  |  |
| Planowany termin realizacji egzaminu |  |  |  |

**Oświadczam, że koszt egzaminu nie zawiera kosztów związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem oraz dojazdem uczestnika na egzamin.**

…………..…………………..………………………………………..  
*(pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby*

*upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)*

**Załączniki:**

**Oferta wybranego realizatora usługi kształcenia zawierająca:**

**- wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestnika egzaminu.**

*Załącznik nr 3c*

**INFORMACJE DOTYCZĄCE REALIZATORA BADAŃ LEKARSKICH**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i siedziba realizatora  badań |  |
| Rodzaj badań | ⎕ badania lekarskie ⎕ badania psychologiczne |
| Koszt badań  za 1 uczestnika |  |
| Termin realizacji badań  (kwartał/y 2025r.) |  |

**Oświadczam, że koszt badań nie zawiera kosztów związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem oraz dojazdem uczestnika na badania.**

…………..…………………..…………………………………………….

*(pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby*

*upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)*

*Załącznik nr 3d*

**INFORMACJE DOTYCZĄCE REALIZATORA UBEZPIECZENIA OD NNW**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i siedziba realizatora  ubezpieczenia |  |
| Koszt ubezpieczenia  za 1 uczestnika |  |
| Termin realizacji ubezpieczenia  (kwartał/y 2025r.) |  |

**Oświadczam, że koszt ubezpieczenia nie zawiera kosztów związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem oraz dojazdem uczestnika do realizatora ubezpieczenia.**

…………..…………………..…………………………………………  
*(pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby*

*upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)*

Załącznik nr 4

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS**

## Imię i nazwisko/nazwa firmy …………………………………………………………………………………………………………

Adres siedziby……………………………………………………………...…………………………………………………………………….

NIP ……………………………………………………………………………………………………..……………………………………………..

Oświadczam, iż **w okresie minionych trzech lat** przed dniem złożenia wniosku o przyznanie środków z rezerwy KFS:

* **otrzymałem / nie otrzymałem\*** pomocy *de minimis*,
* **otrzymałem / nie otrzymałem\*** pomocy *de minimis* przyznaną przedsiębiorstwom wykonującym usługi świadczone w ogólnym interesie gospodarczym

## W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższą tabelę\*\*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Podmiot udzielający pomocy** | **Podstawa prawna otrzymanej pomocy** | **Data udzielenia pomocy (dzień, miesiąc, rok)** | **Przeznaczenie pomocy** | **Wartość pomocy w euro** |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |
|  | | | | **Razem** |  |

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

/data/ /pieczęć i podpis pracodawcy lub osoby uprawnione do reprezentowania pracodawcy/

**\*** niepotrzebne skreślić

**\*\*** wszelkie informacje zawarte w tabeli powinny być zgodne z Zaświadczeniami o udzielonej pomocy *de minimis*, jakie Wnioskodawca otrzymał od instytucji udzielających mu pomocy *de minimis* w okresie 3 lat.

Załącznik nr 5

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS W ROLNICTWIE LUB RYBOŁÓWSTWIE**

## Imię i nazwisko/nazwa firmy ………………………………………………………………………………………………………….

Adres siedziby……………………………………………………………...……………………………………………………………………..

NIP ……………………………………………………………………………………………………..……………………………………………...

Oświadczam, iż **w okresie minionych trzech lat** przed dniem złożenia wniosku o przyznanie środków z rezerwy KFS:

- **otrzymałem/ nie otrzymałem\*** pomocy *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie.   
W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższą tabelę\*\*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Podmiot udzielający pomocy** | **Podstawa prawna otrzymanej pomocy** | **Data udzielenia pomocy (dzień, miesiąc, rok)** | **Przeznaczenie pomocy** | **Wartość pomocy w euro** |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |
|  | | | | **Razem** |  |

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

/data/ /pieczęć i podpis pracodawcy lub osoby uprawnione do reprezentowania pracodawcy/

**\*** niepotrzebne skreślić

**\*\*** wszelkie informacje zawarte w tabeli powinny być zgodne z Zaświadczeniami o udzielonej pomocy *de minimis*, jakie Wnioskodawca otrzymał od instytucji udzielających mu pomocy *de minimis* w okresie 3 lat.

**Załącznik nr 6**

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O SPEŁNIENIU PRIORYTETU Nr 10**

**Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób po 50 roku życia**

Oświadczam, że osoby wskazane do udziału w kształceniu ustawicznym w ramach Priorytetu Nr 10 spełniają warunek dostępu do tego priorytetu i należą do grupy osób w wieku 50+,   
tj. na dzień złożenia wniosku mają ukończone 50 lat.

…..……………………………………………………… data/pieczątka/ podpis pracodawcy lub pełnomocnika

**Załącznik nr 7**

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O SPEŁNIENIU PRIORYTETU Nr 11**

**Wsparcie rozwoju i umiejętności i kwalifikacji osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności**

Oświadczam, że osoby wskazane do udziału w kształceniu ustawicznym w ramach Priorytetu Nr 11 spełniają warunek dostępu do tego priorytetu i należą do grupy osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności, co zostało przeze mnie zweryfikowane.

…..………………………………………………………… data/pieczątka/ podpis pracodawcy lub pełnomocnika

**Załącznik nr 8**

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O SPEŁNIENIU PRIORYTETU Nr 12**

**Wsparcie rozwoju i umiejętności i kwalifikacji osób z niskim wykształceniem**

Oświadczam, że osoby wskazane do udziału w kształceniu ustawicznym w ramach Priorytetu Nr 12 spełniają warunek dostępu do tego priorytetu i należą do osób posiadających niskie wykształcenie, nie mają świadectwa dojrzałości co zostało przeze mnie zweryfikowane.

…..…………………………………………………………

data/pieczątka/ podpis pracodawcy lub pełnomocnika

**Załącznik nr 9**

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O SPEŁNIENIU PRIORYTETU Nr 13**

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

Oświadczam, że kształcenie ustawiczne dla osób wskazanych w przedmiotowym wniosku znajduje się w obszarze lub dotyczy branży kluczowej dla rozwoju powiatu sochaczewskiego na dowód czego wskazuję wymagany dokument strategiczny:

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

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

................................................................................................................................................................................ (należy podać nazwę dokumentu, wskazać numer strony na której znajduje się odniesienie do konkretnego obszaru/branży kluczowej dla powiatu oraz podać adres strony internetowej na której znajduje się dokument)

**Logiczne i wiarygodne uzasadnienie:**

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

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

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

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

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

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

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

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

.

…..…………………………………………………………

data/pieczątka/ podpis pracodawcy lub pełnomocnika

*Załącznik nr 10*

…………………………….

(miejscowość i data)

Dane albo pieczątka Pracodawcy

…………………….…………

(nazwa)

…………………………….…

(adres siedziby)

…………………….…………

(NIP)

**OŚWIADCZENIE**

**(SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ/SPÓŁKA AKCYJNA\*)**

Działając w imieniu Pracodawcy, oświadczam, że wśród osób wskazanych, jako uczestnicy we Wniosku Pracodawcy o przyznanie środków Krajowego Funduszu szkoleniowego na sfinansowanie kształcenia ustawicznego w 2025 r.

1)

* **jest\*** Prezes/Wiceprezes/Członek Zarządu, który jest jedynym lub większościowym udziałowcem Spółki **lub**
* **nie ma\*** Prezesa/Wiceprezesa/Członka Zarządu, który jest jedynym lub większościowym udziałowcem Spółki

2)

* **są\*** Członkowie Zarządu, nie będący jedynym lub większościowym udziałowcem Spółki, którzy są zatrudnieni w Spółce na podstawie **umowy o pracę** regulowanej przez Kodeks pracy **lub**
* **nie ma\*** Członków Zarządu, nie będących jedynymi lub większościowymi udziałowcem Spółki, którzy są zatrudnieni w Spółce na podstawie **umowy o pracę** regulowanej przez Kodeks pracy

**Należy dołączyć ksero umowy o pracę osób pełniących funkcje zarządcze w spółce z ograniczoną odpowiedzialnością/spółka akcyjna, potwierdzonych za zgodność z oryginałem.**

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

/data/ /*pieczęć i podpis pracodawcy lub osoby uprawnionej*

*do reprezentowania pracodawcy/*

\*niepotrzebne skreślić lub właściwe zaznaczyć

*Załącznik nr 11*

…………………………………………….

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

lub nazwa podmiotu, w imieniu którego składane jest oświadczenie

**Oświadczenie o braku istnienia wykluczających powiązań**

**w zakresie ograniczenia lub wyłączenia z możliwości wspierania ze środków publicznych   
podmiotów i osób, które w bezpośredni lub pośredni sposób wspierają działania wojenne Federacji   
Rosyjskiej lub są za nie odpowiedzialne**

W związku z prawnym stosowaniem środków sankcyjnych w zakresie ograniczenia   
lub wyłączenia z możliwości wspierania ze środków publicznych podmiotów i osób, które   
w bezpośredni lub pośredni sposób wspierają działania wojenne Federacji Rosyjskiej   
lub są za nie odpowiedzialne, oświadczam(y), że nie podlegam (y) kryteriom wykluczającym zgodnie   
z poniższymi aktami prawnymi:

1. Ustawa z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U.   
   z 2025 poz. 514), która weszła w życie 16 kwietnia 2022 r., zwana dalej: „ustawą”;
2. Rozporządzenie Rady (WE) nr 765/2006 z dnia 18 maja 2006 r. dotyczące środków ograniczających w związku z sytuacją na Białorusi i udziałem Białorusi w agresji Rosji wobec Ukrainy   
   (Dz. U. UE L 134 z 20.5.2006, str.1, z późn. zm.);
3. Rozporządzenie Rady (UE) nr 269/2014 z dnia 17 marca 2014 r. w sprawie środków ograniczających w odniesieniu do działań podważających integralność terytorialną, suwerenność i niezależność Ukrainy lub im zagrażających (Dz. U. UE L 78 z 17.3.2014, str.6, z późn. zm.);
4. Rozporządzenie Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczące środków   
   ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie   
   (Dz. U. UE L 229 z 31.07.2014, str.1, z późn. zm.);
5. Komunikat Komisji Europejskiej pn. *Tymczasowe kryzysowe ramy środków pomocy państwa   
   w celu wsparcia gospodarki po agresji Rosji wobec Ukrainy* (Dz. U. UE C 131 z 24.3.2022, str.1).

Jednocześnie oświadczam(y), że nie jestem/(śmy) wpisany(i) na listę osób i podmiotów objętych   
sankcjami.\*

Powyższe informacje są prawdziwe, kompletne, rzetelne oraz zostały przekazane zgodnie   
z moją najlepszą wiedzą i przy zachowaniu należytej staranności.

Ponadto zobowiązuję(my) się niezwłocznie poinformować (najpóźniej w ciągu 3 dni roboczych) Powiatowy Urząd Pracy w Sochaczewie o wystąpieniu przesłanek wykluczenia, tj. wpisaniu na listę,   
o której mowa w art. 2 ust. 1 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach   
w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa   
narodowego (Dz. U. z 2025 poz. 514).

………………………………………………………..

data i podpis osoby składającej oświadczenie

lub osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu

Dokonano weryfikacji pod kątem wykluczenia w dniu …………………….…………………………………….

…………………………………………………

Podpis i pieczątka pracownika   
Powiatowego Urzędu Pracy w Sochaczewie

\* Lista osób i podmiotów objętych sankcjami znajduje się : <https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami>

*Załącznik nr 12*

……………………………………………………………….

pieczęć lub dane instytucji szkolącej/egzaminującej

|  |
| --- |
| **OFERTA REALIZATORA DZIAŁAŃ WNIOSKOWANYCH PRZEZ PRACODAWCĘ**  (WYPEŁNIA INSTYTUCJA SZKOLĄCA/EGZAMINUJĄCA) |
| 1. **Dane o organizacji kształcenia** |
| **Nazwa, adres, NIP i REGON instytucji szkolącej/egzaminującej**  UWAGA:w przypadku podmiotów bez własnego nr NIP i/lub prowadzonych przez inne podmioty należy dodać taką informację wraz z danymi podmiotu prowadzącego (nazwa, NIP, adres). |
| **Rodzaj i nazwa kształcenia**  RODZAJ: kurs/studia podyplomowe/egzamin  NAZWA: ………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| **Termin realizacji kursu/studiów podyplomowych/egzaminu** |
| **Wymiar godzinowy kształcenia** |
| **Szkolenie otwarte/zamknięte/online** |
| **Wymagania wstępne dla uczestników** |
| **Nazwa dokumentu wydawanego po ukończeniu kursu/studiów podyplomowych/zdaniu egzaminu lub szczegółowa podstawa prawna określająca wzór dokumentu** (tj. akt prawny art., ust., pkt., Dz. U., rok., i poz., w przypadku braku podstawy prawnej, określającej wzór dokumentu, należy dołączyć wzór dokumentu od realizatora) |
| **Koszt w zł kursu/studiów podyplomowych/egzaminu podawany dla 1 uczestnika oraz koszt osobogodziny w zł** (nie będą honorowane koszty podane dla grupy i uzależnione od ilości uczestników) |
| **Miejsce prowadzenia zajęć (pełny adres)** |
| 1. **Program** |
| **Cel kształcenia : kursu/ studiów podyplomowych/egzaminu** |
| **Program kształcenia: kursu/studiów podyplomowych lub zakres egzaminu** |

……………………………………………………………………..

pieczęć i podpis osoby reprezentującej instytucję szkolącą/egzaminującą