|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Logo Publicznych Służb Zatrudnienia. Logo Publicznych Służb Zatrudnienia zbudowane jest z trzech czarnych przenikających się prostokątów pochylonych w prawą stronę zielonej strzałki skierowanej w prawą stronę oraz czarnego napisu Urząd Pracy umiejscowionego poniżej elementów graficznych. | **SĄDECKI URZĄD PRACY**  **33-300 Nowy Sącz, ul. Zielona 55**  **tel. sekretariat**: 18 44 89 282 **informacja**: 18 44 89 265, 44 89 312  **fax**: 18 44 89 313, **e-mail**: [sup@sup.nowysacz.pl](mailto:sup@sup.nowysacz.pl)  **e-Doręczenia**: AE:PL-65950-89978-VDRHB-25 | | | Herb Miasta Nowy Sącz. Herb przedstawia w niebieskim polu postać świętej Małgorzaty, stojącej na grzbiecie zielonego smoka. Święta Małgorzata ubrana jest w białą suknię ze złotym paskiem, a na ramiona ma zarzuconą czerwoną pelerynę, spiętą na piersiach złotą spinką. Jej głowę zdobi złota korona i nimb. |
|  | |  |  | |

(pieczątka firmowa Pracodawcy) (miejscowość, data)

 **Prezydent Miasta Nowego Sącza -**

**Sądecki Urząd Pracy**

**WNIOSEK**

**pracodawcy o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na kształcenie ustawiczne pracodawców i pracowników**

na podstawie art. 69a i 69b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy w związku z art. 443 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (KFS) wnioskuję o przyznanie środków z KFS na kształcenie ustawiczne pracowników i/lub pracodawcy.

1. **DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY:**
2. Pełnanazwa Pracodawcy:
3. Adres siedziby:
4. Miejsce prowadzenia działalności:
5. Numer identyfikacji podatkowej NIP:
6. Numer identyfikacyjny REGON:
7. Przeważający rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej według PKD:
8. Liczba zatrudnionych pracowników ogółem na dzień składania wniosku (bez przeliczenia na pełne etaty): w tym:

* pracowników młodocianych: ,
* zatrudnionych na terenie miasta Nowego Sącza: .

1. Imię i nazwisko osoby wskazanej przez Pracodawcę do kontaktów, numer telefonu oraz adres poczty elektronicznej:

1. Numer nieoprocentowanego rachunku bankowego (wykorzystywanego w zakresie wykonywanej działalności gospodarczej, w przypadku podatników VAT **zgodnego z „białą listą podatników VAT”**) i nazwa banku:

1. Forma organizacyjno – prawna prowadzonej działalności[[1]](#footnote-1):
   * jednoosobowa działalność gospodarcza
   * spółka zarejestrowana w KRS w formie spółki
   * spółka cywilna
   * inna forma:
2. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej:
3. Liczba osób planowanych do objęcia kształceniem ustawicznym zgodnie z priorytetami wydatkowania środków z KFS ustalonymi przez Ministra właściwego do spraw pracy w porozumieniu z Radą Rynku Pracy:

Tabela 1: Priorytety wydatkowania środków KFS w 2025 r.

|  | **Priorytety wydatkowania środków KFS w 2025 r.** | **Liczba osób** |
| --- | --- | --- |
| Priorytet 1 | Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w zawodach określonych jako deficytowe na danym terenie tj. w powiecie lub w województwie. |  |
| Priorytet 2 | Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy. |  |
| Priorytet 3[[2]](#footnote-2) | Wsparcie kształcenia ustawicznego pracodawców i ich pracowników zgodnie z potrzebami szkoleniowymi, które pojawiły się na terenach dotkniętych przez powódź we wrześniu 2024 roku. |  |
| Priorytet 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. |  |
| Priorytet 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. |  |
| Priorytet 6 | Wsparcie cudzoziemców, w szczególności w zakresie zdobywania wiedzy na temat polskiego prawa pracy i integracji tych osób na rynku pracy. |  |
| Priorytet 7 | Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych. |  |
| Priorytet 8 | Rozwój umiejętności cyfrowych. |  |
| Priorytet 9 | Wsparcie rozwoju umiejętności związanych z transformacją energetyczną. |  |
| Priorytet 14 | Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w związku z wprowadzaniem elastycznego czasu pracy z zachowaniem poziomu wynagrodzenia lub rozpowszechnianiem w firmach work-life balance – priorytet dodany w kwietniu 2025 r. |  |

1. **DANE DOTYCZĄCE WYSOKOŚCI WNIOSKOWANEJ KWOTY DOFINANSOWANIA[[3]](#footnote-3)**
2. Całkowita wysokość wydatków planowanych działań kształcenia ustawicznego:

zł, w tym:

* wnioskowana wysokość **środków z KFS**: zł

(słownie: zł), w tym:

* w ramach priorytetu 1 - zł
* w ramach priorytetu 2 - zł
* w ramach priorytetu 3 - zł
* w ramach priorytetu 4 - zł
* w ramach priorytetu 5 - zł
* w ramach priorytetu 6 - zł
* w ramach priorytetu 7 - zł
* w ramach priorytetu 8 - zł
* w ramach priorytetu 9 - zł
* w ramach priorytetu 14 - zł
* wysokość **wkładu własnego Pracodawcy**: zł

(słownie: zł)

1. **INFORMACJA DOTYCZĄCA ZAKRESU WNIOSKOWANEGO KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**
2. **Wskazanie działań, o których mowa w art. 69a ust. 2 pkt 1 ustawy, liczby osób według grup wieku, form kształcenia ustawicznego, kosztów kształcenia ustawicznego na jednego uczestnika oraz terminu realizacji wskazanych działań.**

Tabela 2: Uczestnicy według grup wieku

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Uczestnicy według grup wieku** | **Liczba  pracodawców** | **Liczba  kobiet** | **Liczba pracowników** | **Liczba  kobiet** |
| 1. | 15 – 24 lata |  |  |  |  |
| 2. | 25 - 34 lata |  |  |  |  |
| 3. | 35 - 44 lata |  |  |  |  |
| 4. | 45 lat i więcej |  |  |  |  |
|  | Ogółem |  |  |  |  |

Tabela 3: Szczegółowe informacje dotyczące realizacji działań na rzecz kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców

**Kursy** realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Działania** – kursy | **Całkowita wysokość wydatków** | **Kwota wnioskowana z KFS** | **Koszt kształcenia ustawicznego na jednego uczestnika** |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** |
| 1. | Nazwa:  Liczba godzin:  Liczba osób:  Realizator[[4]](#footnote-4):  Termin (od…do):  Miejsce realizacji:  Forma realizacji[[5]](#footnote-5): |  |  |  |
| 2. | Nazwa:  Liczba godzin:  Liczba osób:  Realizator:  Termin (od…do):  Miejsce realizacji:  Forma realizacji: |  |  |  |
| 3. | Nazwa:  Liczba godzin:  Liczba osób:  Realizator:  Termin (od…do):  Miejsce realizacji:  Forma realizacji: |  |  |  |
| 4. | Nazwa:  Liczba godzin:  Liczba osób:  Realizator:  Termin (od…do):  Miejsce realizacji:  Forma realizacji: |  |  |  |
|  | **RAZEM:** |  |  | X |

**Studia podyplomowe** realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą:

| **Lp.** | **Działania** – studia podyplomowe | **Całkowita wysokość wydatków** | **Kwota wnioskowana z KFS** | **Koszt kształcenia ustawicznego na jednego uczestnika** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Nazwa:  Liczba godzin:  Liczba osób:  Realizator:  Termin (od…do):  Miejsce realizacji:  Forma realizacji: |  |  |  |
| 2. | Nazwa:  Liczba godzin:  Liczba osób:  Realizator:  Termin (od…do):  Miejsce realizacji:  Forma realizacji: |  |  |  |
|  | **RAZEM:** |  |  | X |

**Egzaminy** umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych:

| **Lp.** | **Działania** - egzaminy | **Całkowita wysokość wydatków** | **Kwota wnioskowana z KFS** | **Koszt kształcenia ustawicznego na jednego uczestnika** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Nazwa:  Liczba osób:  Realizator:  Termin:  Miejsce i forma realizacji: |  |  |  |
| 2. | Nazwa:  Liczba osób:  Realizator:  Termin:  Miejsce i forma realizacji: |  |  |  |
|  | **RAZEM:** |  |  | X |

**Badania lekarskie i psychologiczne** wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu:

| **Lp.** | **Działania** – badania lekarskie i psychologiczne | **Całkowita wysokość wydatków** | **Kwota wnioskowana z KFS** | **Koszt kształcenia ustawicznego na jednego uczestnika** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Nazwa:  Liczba osób:  Realizator:  Termin:  Miejsce realizacji: |  |  |  |
| 2. | Nazwa:  Liczba osób:  Realizator:  Termin:  Miejsce realizacji: |  |  |  |
|  | **RAZEM:** |  |  | X |

1. **Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego, przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy oraz obowiązujących priorytetów wydatkowania środków KFS.**

Tabela 4[[6]](#footnote-6): Dane uczestników kształcenia ustawicznego

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **Dane uczestnika nr 1:** |  |
| 1. | Imię i nazwisko: |  |
| 2. | Nazwa formy kształcenia ustawicznego (np. kursu, kierunku studiów podyplomowych): |  |
| 3. | Priorytet KFS: |  |
| 4. | Wiek (data urodzenia): |  |
| 5. | Poziom wykształcenia[[7]](#footnote-7): |  |
| 6. | Nazwa oraz 6-cyfrowy kod zawodu lub specjalności[[8]](#footnote-8): |  |
| 7. | Forma zatrudnienia: |  |
| 8. | Okres obowiązywania umowy (od .… – do …): |  |
| 9. | Wymiar czasu pracy: |  |
| 10. | Wartość otrzymanego wsparcia z KFS po 01.01.2024 r. (jeśli dotyczy): |  |
| 11. | Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osoby, która będzie objęta kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS lub w przypadku kształcenia pracodawcy informacja na temat planów działania firmy w przyszłości: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **Dane uczestnika nr 2:** |  |
| 1. | Imię i nazwisko: |  |
| 2. | Nazwa formy kształcenia ustawicznego (np. kursu, kierunku studiów podyplomowych): |  |
| 3. | Priorytet KFS: |  |
| 4. | Wiek (data urodzenia): |  |
| 5. | Poziom wykształcenia[[9]](#footnote-9): |  |
| 6. | Nazwa oraz 6-cyfrowy kod zawodu lub specjalności[[10]](#footnote-10): |  |
| 7. | Forma zatrudnienia: |  |
| 8. | Okres obowiązywania umowy (od .… – do …): |  |
| 9. | Wymiar czasu pracy: |  |
| 10. | Wartość otrzymanego wsparcia z KFS po 01.01.2024 r. (jeśli dotyczy): |  |
| 11. | Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osoby, która będzie objęta kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS lub w przypadku kształcenia pracodawcy informacja na temat planów działania firmy w przyszłości: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Dane uczestnika nr 3:** |  |
| 1. | Imię i nazwisko: |  |
| 2. | Nazwa formy kształcenia ustawicznego (np. kursu, kierunku studiów podyplomowych): |  |
| 3. | Priorytet KFS: |  |
| 4. | Wiek (data urodzenia): |  |
| 5. | Poziom wykształcenia[[11]](#footnote-11): |  |
| 6. | Nazwa oraz 6-cyfrowy kod zawodu lub specjalności[[12]](#footnote-12): |  |
| 7. | Forma zatrudnienia: |  |
| 8. | Okres obowiązywania umowy (od .… – do …): |  |
| 9. | Wymiar czasu pracy: |  |
| 10. | Wartość otrzymanego wsparcia z KFS po 01.01.2024 r. (jeśli dotyczy): |  |
| 11. | Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osoby, która będzie objęta kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS lub w przypadku kształcenia pracodawcy informacja na temat planów działania firmy w przyszłości: |  |

**2.1. Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego osób, które będą objęte określoną formą wsparcia przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy oraz obowiązujących priorytetów wydatkowania środków z KFS (w kontekście przedmiotu planowanego kursu, studiów podyplomowych itd.)**:

**Uwaga!** Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego dla każdej wnioskowanej osoby jest kluczowe przy rozpatrywaniu wniosku przez Urząd. Za uzasadnienie wysokiej jakości Urząd może przyznać maksymalnie **6 punktów**. Wysokiej jakości uzasadnienie musi zawierać odpowiedzi na podane poniżej pytania. Potrzebę odbycia kształcenia ustawicznego należy uzasadnić dla każdego pracownika bądź pracodawcy wskazanego we wniosku, w przypadku gdy tą samą formą kształcenia ustawicznego objęta jest większa grupa osób wykonujących pracę **na tym samym stanowisku** uzasadnienie może być łączne. W przypadku większej ilości uczestników tabelę nr 5 należy wielokrotnie skopiować.

Tabela 5: Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego poszczególnych uczestników

|  |
| --- |
| UCZESTNIK/UCZESTNICY nr[[13]](#footnote-13): |
| Imię/imiona i nazwisko/nazwiska:  Stanowisko pracy:  Planowana forma wsparcia: |
| 1. czy kształcenie jest powiązane ze stanowiskiem zajmowanym przez danego pracownika/ pracodawcę i wynika z potrzeb lokalnego/regionalnego rynku pracy? (w jaki sposób?)   …………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………   1. czy u danego pracownika/pracodawcy zdiagnozowano luki w zakresie umiejętności i kwalifikacji zawodowych (jakie?) i czy kształcenie zwiększy umiejętności i kwalifikacje pracownika/pracodawcy? (w jaki sposób?)   …………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………   1. czy kształcenie przyczyni się do utrzymania zatrudnienia na obecnym lub innym stanowisku pracy (jakim?) lub do awansu zawodowego osoby objętej kształceniem? czy firma posiada odpowiedni sprzęt, maszyny, urządzenia lub czy ma plany związane z ich zakupem, służące do wykonywania pracy po nabyciu nowych kwalifikacji/umiejętności?   …………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………   1. czy wskazana we wniosku osoba spełnia wymagania kwalifikacyjne do odbycia danej formy kształcenia ustawicznego? (np. czy posiada/posiadają odpowiedni poziom wykształcenia?)   …………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………   1. czy kształcenie spełnia cel wybranego priorytetu wydatkowania środków KFS? (w jaki sposób?)   ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………   1. czy kształcenie wpłynie na konkurencyjność, rozwój firmy i jakość świadczonych usług? (w jaki sposób?)   …………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………   1. czy występują inne argumenty uzasadniające potrzebę odbycia kształcenia ustawicznego (jakie)   …………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………… |

**3. Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego finansowanej ze środków KFS.**

**Uwaga**:

* W przypadku wnioskowania o więcej niż jeden kurs/studia podyplomowe/egzamin/badania lekarskie i psychologiczne – należy skopiować poniższą tabelę i rozpisać dla każdej formy kształcenia ustawicznego.
* Do każdej wnioskowanej formy kształcenia należy dołączyć dokumenty potwierdzające wiarygodność w zakresie ceny przedstawionej oferty oraz poszczególnych kontrofert (np. odpowiedzi na zapytania ofertowe lub aktualne wydruki ze strony internetowej)

**Tabela 6: Porównanie ofert rynkowych planowanego kursu/studiów podyplomowych/egzaminu/badań lekarskich i psychologicznych organizowanych przez poszczególne instytucje szkoleniowe/uczelnie/jednostki przeprowadzające badania**

|  |  | **WYBRANA**  **OFERTA** | **DRUGA POZYSKANA OFERTA** | **TRZECIA POZYSKANA OFERTA** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nazwa i siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego** |  |  |  |
|  | Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego **certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego[[14]](#footnote-14)** | Tak/Nie[[15]](#footnote-15) (jeśli tak, wymagana kserokopia dokumentu) | Tak/Nie | Tak/Nie |
|  | Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego dokumentu, na podstawie którego prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego – dotyczy kursów. | Tak/Nie/Nie dotyczy[[16]](#footnote-16) | Tak/Nie/Nie dotyczy | Tak/Nie/Nie dotyczy |
|  | **Nazwa kształcenia ustawicznego** (kursu/studiów podyplomowych /egzaminu/badań) |  |  |  |
|  | **Liczba godzin kształcenia ustawicznego** (przypadająca na 1 uczestnika) |  |  |  |
|  | **Cena[[17]](#footnote-17) usługi kształcenia ustawicznego** (przypadająca na 1 uczestnika) |  |  |  |
|  | **Koszt osobogodziny** kursu/studiów podyplomowych (iloraz kwoty ujętej w wierszu nr 6 do liczby podanej w wierszu nr 5) |  |  |  |
|  | **Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego** |  |  |  |

Oświadczam, że dokonałem/am rozeznania rynku ww. usług w przedmiotowym zakresie.

Data

Podpis i pieczątka imienna Pracodawcy lub osoby   
uprawnionej do jego reprezentowania

**Oświadczam, że wszelkie podane przeze mnie dane i oświadczenia w niniejszym wniosku i załącznikach są prawdziwe oraz zgodne z aktualnym stanem faktycznym.**

Data

Podpis i pieczątka imienna Pracodawcy lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania

***Załączniki:***

1. **obowiązkowe, wskazane w** **§5 ust. 2 rozporządzenia (których niedołączenie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia):**
2. Zaświadczenia lub Oświadczenie Pracodawcy o pomocy de minimis (załącznik nr 1) - dotyczy podmiotów ubiegających się o pomoc de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (załącznik nr 1a) wraz z instrukcją wypełnienia tabeli w części D formularza - dotyczy podmiotów ubiegających się o pomoc de minimis.
4. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (załącznik nr 1b) - dotyczy podmiotów ubiegających się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.
5. Kopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej. Dodatkowo w przypadku spółek cywilnych umowa spółki.
6. Program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu (załącznik nr 2).
7. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawianego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących.

**Uwaga!:** **dokument potwierdzający kompetencje nabyte przez uczestnika kształcenia powinien zawierać dane pozwalające na identyfikację osoby której dotyczy, w szczególności: imię i nazwisko oraz numer PESEL uczestnika** **kursu (lub data urodzenia – w przypadku braku numeru PESEL), nazwę instytucji szkoleniowej przeprowadzającej kurs, formę i nazwę kursu, okres trwania kursu, wymiar godzin zajęć edukacyjnych, podpis osoby upoważnionej przez instytucję szkoleniową, numer z rejestru wydawanych zaświadczeń (jeżeli jest prowadzony rejestr wydawanych zaświadczeń) oraz miejsce i datę wydania zaświadczenia lub innego dokumentu, który będzie potwierdzał nabycie kompetencji przez uczestnika zgodnie z załączonym do wniosku programem kształcenia.**

1. **pozostałe załączniki:**
2. Pouczenie dotyczące przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (załącznik nr 3).
3. Oświadczenie Pracodawcy ubiegającego się o przyznanie środków na kształcenie ustawiczne z  KFS (załącznik nr 4).
4. Oświadczenie Wnioskodawcy o braku powiązań kapitałowych lub osobowych (załącznik nr 5).
5. Oświadczenie Pracodawcy o spełnianiu kryteriów mikroprzedsiębiorstwa (załącznik nr 6).
6. Oświadczenia Pracodawcy wnioskującego o działania w ramach poszczególnych priorytetów (załączniki nr 7, 7a-7g).
7. Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych Pracodawcy i pracowników Pracodawcy oraz innych osób uczestniczących w realizacji zadań w zakresie kształcenia ustawicznego w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego (załącznik nr 8).
8. Oświadczenie Pracodawcy o dołączeniu do wniosku obowiązkowych załączników (załącznik nr 9).

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

Szczegółowe informacje można uzyskać w SUP Nowy Sącz, ul. Zielona 55, I piętro, pok. 106 lub pod numerami telefonów (18) 44 89 307, (18) 44 89 270

Kompletny wniosek należy złożyć w siedzibie Sądeckiego Urzędu Pracy na Dzienniku Podawczym, Nowy Sącz, ul. Zielona 55 lub za pośrednictwem operatora pocztowego w rozumieniu przepisów o prawie pocztowym lub w postaci dokumentów elektronicznych podpisanych podpisem kwalifikowanym lub profilem zaufanym na elektroniczną skrzynkę **e-Doręczenia**: **AE:PL-65950-89978-VDRHB-25** lub za pomocą platformy **ePUAP** na adres skrytki: **/68p48bqyyc/SkrytkaESP**.

Formularz wniosku jest dostępny na stronie internetowej Sądeckiego Urzędu Pracy – adres:[www.supnowysacz.praca.gov.pl](http://www.supnowysacz.praca.gov.pl)

Uwaga:

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.



**Załącznik nr 1**

Nazwa lub imię i nazwisko, adres Pracodawcy

**Oświadczenie Pracodawcy o pomocy de minimis**

1. Oświadczam, że **jestem/nie jestem[[18]](#footnote-18)** podmiotem ubiegającym się o pomoc de minimis w związku z prowadzoną działalnością w rozumieniu art. 2 pkt 17 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.   
   O pomoc de minimis ubiegam się na podstawie (zaznaczyć właściwe jeśli dotyczy):
   * rozporządzenia Komisji (UE) nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis;
   * rozporządzenia 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**;
   * rozporządzenia 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**;

W przypadku odpowiedzi twierdzącej należy uzupełnić poniższe oświadczenie oraz dodatkowo wypełnić **załącznik nr 1a** lub **załącznik nr 1b** do wniosku.

1. Oświadczam, żew okresie minionych trzech lat (pełne 3 lata wstecz)**[[19]](#footnote-19):**

**nie otrzymałem/ nie otrzymałam** pomocy de minimis i/lub pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie;

**otrzymałem/ otrzymałam** pomoc de minimis i/lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie; w następującej wysokości (proszę wypełnić poniższą tabelę[[20]](#footnote-20)):

Tabela 1: Pomoc de minimis i/lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie otrzymana w okresie minionych trzech lat

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Organ udzielający pomocy | Podstawa prawna jej otrzymania | Dzień/miesiąc/rok udzielenia pomocy | Wartość pomocy  Brutto w PLN | Wartość pomocy  Brutto w EURO | Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| SUMA: | - | - | - |  |  | - |

Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe.

Data

Podpis i pieczątka imienna Pracodawcy lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania

**Załącznik nr 2**

**PROGRAM KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO lub ZAKRES EGZAMINU [[21]](#footnote-21)**

* + - **Program kształcenia ustawicznego** (kursu/studiów podyplomowych[[22]](#footnote-22))

1. Realizator kształcenia (nazwa, adres, NIP):

1. Nazwa kursu/studiów podyplomowych[[23]](#footnote-23):

1. Termin, miejsce i forma realizacji:

1. Plan nauczania:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Tematy zajęć edukacyjnych** | **Treści kursu/studiów podyplomowych w ramach poszczególnych zajęć edukacyjnych** | **Liczba godzin teoretycznych** | **Liczba godzin praktycznych** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| RAZEM: | - | - |  |  |

1. Uzyskane efekty kształcenia:

* **Zakres egzaminu** umożliwiającego uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych(należy wypełnić w przypadku, gdy formą kształcenia finansowaną w ramach KFS jest egzamin, który nie został uwzględniony w programie i koszcie kursu):

1. Realizator/Jednostka egzaminująca (nazwa, adres, NIP):

1. Nazwa egzaminu:

1. Termin, miejsce i forma realizacji:

1. Nabyte umiejętności, kwalifikacje lub uprawnienia zawodowe:

Imię i nazwisko osoby sporządzającej program z ramienia organizatora kształcenia ustawicznego:   
nr tel.

***W przypadku wnioskowania o kilka działań do realizacji, należy uzupełnić niniejszy załącznik oddzielnie dla każdej z form wsparcia.***

**Oświadczam, że:**

* w koszty kursów/studiów podyplomowych/egzaminów[[24]](#footnote-24) nie zostały wliczone inne koszty, np. koszty wyżywienia, zakwaterowania, koszty dojazdu lub koszty zakupu oprogramowania, maszyn, urządzeń lub narzędzi;
* realizator został poinformowany, że środki o które ubiega się Pracodawca są środkami publicznymi, co zostało uwzględnione na etapie ustalenia ceny usługi.

Data

Podpis i pieczątka imienna Pracodawcy lub osoby

upoważnionej do jego reprezentowania

**Załącznik nr 3**

**Pouczenie dotyczące przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

1. Na podstawie art. 69b ust 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy na wniosek pracodawcy, na podstawie umowy, starosta może przyznać środki z KFS na sfinansowanie: kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy, w wysokości:
2. **80% kosztów kształcenia ustawicznego**, nie więcej jednak niż 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika;
3. **100% kosztów kształcenia ustawicznego**, nie więcej jednak niż 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika w przypadku mikroprzedsiębiorstw.
4. Pracodawca zobowiązany jest do zawarcia umowy z pracownikiem/pracownikami, któremu/którym zostaną sfinansowane koszty kształcenia ustawicznego, określającej prawa i obowiązki stron.
5. Starosta rozpatruje wnioski wraz z załącznikami **złożone w terminie naboru wniosków** ogłoszonym przez Sądecki Urząd Pracy na stronie internetowej oraz na tablicy informacyjnej w siedzibie Sądeckiego Urzędu Pracy.
6. W przypadku gdy wniosek jest wypełniony nieprawidłowo, pracodawcy zostanie wyznaczony termin nie krótszy niż 7 dni i nie dłuższy niż 14 dni do jego poprawienia.
7. Pomiędzy pracodawcą a starostą mogą być przeprowadzone negocjacje treści wniosku w celu ustalenia ceny usługi 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.
8. Środki z KFS przyznane dla pracodawcy będącego przedsiębiorcą na sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego stanowią pomoc udzielaną zgodnie z warunkami dopuszczalności pomocy de minimis.
9. Szczegółowe zasady i tryb finansowania oraz rozliczenia działań z KFS zostały określone w**„Regulaminie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawców w Sądeckim Urzędzie Pracy w 2025 roku”**,który jest dostępny na stronie internetowej [www.supnowysacz.praca.gov.pl](file:///\\sup-nas\Wymiana\!\www.supnowysacz.praca.gov.pl).
10. Pracodawca zobowiązany jest **spełniać definicję pracodawcy** przez cały okres trwania umowy o finansowanie działań obejmujących kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy.

**Zapoznałem/zapoznałam się z treścią „Regulaminu przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawców w Sądeckim Urzędzie Pracy w 2025 roku” oraz niniejszego pouczenia i jestem świadomy/świadoma uprawnień i obowiązków wynikających z obowiązujących przepisów.**

Data

Podpis i pieczątka imienna Pracodawcy lub osoby

upoważnionej do jego reprezentowania

**Załącznik nr 4**

Nazwa lub imię i nazwisko, adres Pracodawcy

**Oświadczenie Wnioskodawcy ubiegającego się o przyznanie środków na kształcenie ustawiczne z Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

**Ja, niżej podpisany/podpisana oświadczam, że:**

1. Zapoznałem/zapoznałam się z treścią art. 69a i 69b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz rozporządzenia MPiPS z dnia 14 maja 2014r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego i spełniam warunki do otrzymania dofinansowania określonego w tych przepisach.
2. **Jestem/nie jestem[[25]](#footnote-25)** pracodawcą w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeksu pracy i mam świadomość konieczności zachowania tego statusu przez cały okres realizacji kształcenia ustawicznego finansowanego ze środków KFS.
3. Pracownicy objęci wnioskiem zatrudnieni są:
   1. na podstawie umowy o pracę/powołania/mianowania/spółdzielczej umowy o pracę oraz **będą zatrudnieni co najmniej przez cały okres uczestnictwa w kształceniu ustawicznym;**
   2. na terenie miasta Nowego Sącza.
4. **Jestem/nie jestem[[26]](#footnote-26)** w stanie likwidacji lub upadłości.
5. **Jestem/nie jestem[[27]](#footnote-27)** zobowiązany do zwrotu otrzymanej pomocy publicznej wynikającej z wcześniejszych decyzji uznających pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem.
6. Koszt dofinansowania przez Urząd kształcenia ustawicznego ze środków KFS przypadający na jednego uczestnika nie przekracza równowartości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku kalendarzowym.
7. Dane zawarte w Krajowym Rejestrze Sądowym udostępnione przez Centralną Informację Krajowego Rejestru Sądowego na stronie internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości na dzień złożenia wniosku są **aktualne/nieaktualne/nie dotyczy[[28]](#footnote-28)**.
8. Dane zawarte w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej udostępnione na stronie internetowej Ministerstwa Rozwoju i Technologii na dzień złożenia wniosku są **aktualne/nieaktualne/nie dotyczy[[29]](#footnote-29)**.
9. Całkowita wartość planowanych działań kształcenia ustawicznego wskazana we wniosku obejmuje wyłącznie należność dla realizatora kształcenia ustawicznego (nie obejmuje dodatkowych kosztów w związku z realizowanym kształceniem takich jak np. wyżywienie, zakwaterowanie, koszty przejazdu, koszty delegacji).
10. **Przysługuje/nie przysługuje[[30]](#footnote-30)** mi prawo odzyskania podatku naliczonego lub obniżenia kwoty podatku należnego o kwotę podatku naliczonego zawartego w wykazanych wydatkach.
11. Nie korzystałem/korzystałam, nie korzystam z innej pomocy dotyczącej tych samych kosztów oraz nie ubiegam się o inną pomoc na pokrycie tych samych kosztów na kształcenie ustawiczne pracodawców i pracowników.
12. Zapoznałem/zapoznałam się z „Informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych Pracodawcy i pracowników Pracodawcy oraz innych osób uczestniczących w realizacji zadań w zakresie kształcenia ustawicznego w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego (KFS)” stanowiącą załącznik nr 8 do niniejszego wniosku oraz poinformowałem/poinformowałam o jej treści osoby, których dane będą przetwarzane.
13. Zapoznałem/zapoznałam się i akceptuję treść „Regulaminu przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawców w Sądeckim Urzędzie Pracy w 2025 roku”.
14. **Podlegam/nie podlegam[[31]](#footnote-31)** wykluczeniu z ubiegania się o udzielenie wsparcia na podstawie przepisów ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego. Ponadto oświadczam, iż **jestem/nie jestem[[32]](#footnote-32)** związany/związana z osobami lub podmiotami, względem których stosowane są środki sankcyjne i które figurują na listach unijnych i krajowych oraz **znajduję się/nie znajduję się[[33]](#footnote-33)** na takiej liście. Przed złożeniem oświadczenia zapoznałem/zapoznałam się z listą osób/podmiotów objętych sankcjami zamieszczoną na stronie BIP MSWiA oraz wykazami osób/podmiotów stanowiącymi załącznik I do Rozporządzenia Rady (WE) nr 765/2006 i nr 269/2014.
15. **Spełniam/nie spełniam/nie dotyczy[[34]](#footnote-34)** pozostałe warunki konieczne do otrzymania pomocy de minimis wynikające z przepisów regulujących zasady jej udzielania, o których mowa w:
    1. ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej;
    2. rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis lub rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie;
    3. rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis ze szczególnym uwzględnieniem załącznika I.
16. Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o otrzymanej pomocy de minimis i/lub pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie w okresie trzech minionych lat (pełne 3 lata wstecz) od dnia podpisania umowy z tutejszym Urzędem.
17. Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia w przypadku, gdy, informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu oraz w złożonym wniosku ulegną zmianie w okresie od dnia jego złożenia do dnia podpisania umowy oraz niezwłocznego informowania Sądeckiego Urzędu Pracy o wszystkich zmianach danych zawartych w niniejszym oświadczeniu.

Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe.

Data

Podpis i pieczątka imienna Pracodawcy lub osoby

upoważnionej do jego reprezentowania

**Załącznik nr 5**

Nazwa lub imię i nazwisko, adres Pracodawcy

**Oświadczenie wnioskodawcy** **o braku powiązań kapitałowych lub osobowych**

Ja niżej podpisany(-na)

imię i nazwisko Pracodawcy lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania

Oświadczam, **że jesteśmy/nie jesteśmy**[[35]](#footnote-35) powiązani kapitałowo lub osobowo z instytucją szkoleniową/uczelnią/jednostką przeprowadzającą badania wskazaną we wniosku do realizacji poszczególnych działań.

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Pracodawcą lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Pracodawcy, polegające w szczególności na:

* 1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
  2. posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji,
  3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
  4. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej (rodzice, dzieci, wnuki, teściowie, zięć, synowa) w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia (rodzeństwo, krewni małżonka), a także osoby pozostające ze stroną w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe.

Data

Podpis i pieczątka imienna Pracodawcy lub

osoby upoważnionej do jego reprezentowania

**Załącznik nr 6**

Nazwa lub imię i nazwisko, adres Pracodawcy

**Oświadczenie pracodawcy o spełnianiu kryteriów mikroprzedsiębiorstwa**

**Oświadczam, że jestem/nie jestem[[36]](#footnote-36) mikroprzedsiębiorstwem** i **spełniam/nie spełniam[[37]](#footnote-37)** kryteria mikroprzedsiębiorstwa określone w rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014r. uznającym niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis,* **zgodnie z którym** **mikroprzedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 pracowników[[38]](#footnote-38) i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.**

Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe.

Data

Podpis i pieczątka imienna Pracodawcy lub

osoby upoważnionej do jego reprezentowania

**Załącznik nr 7**

Nazwa lub imię i nazwisko, adres Pracodawcy

**Oświadczenie Pracodawcy wnioskującego o działania w ramach poszczególnych priorytetów**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa priorytetu** | **Spełniam[[39]](#footnote-39)** | **Sposób weryfikacji spełniania priorytetu oraz wymagane dokumenty/oświadczenia** |
| 1 | Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w zawodach określonych jako deficytowe na danym terenie tj. w powiecie lub w województwie. |  | Weryfikacja warunku dostępu do priorytetu na podstawie oświadczenia Pracodawcy **(załącznik nr 7a)**. |
| 2 | Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy. |  | Weryfikacja warunku dostępu do priorytetu na podstawie oświadczenia Pracodawcy (**załącznik nr 7b**). |
| 3 | Wsparcie kształcenia ustawicznego pracodawców i ich pracowników zgodnie z potrzebami szkoleniowymi, które pojawiły się na terenach dotkniętych przez powódź we wrześniu 2024 roku. |  | Priorytet nie dotyczy działalności prowadzonej na terenie Miasta Nowy Sącz. |
| 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. |  | Weryfikacja warunku dostępu do priorytetu na podstawie uzasadnienia potrzeby kształcenia ustawicznego przedstawionego w części III pkt. 2.1 wniosku. |
| 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. |  | Weryfikacja warunku dostępu do priorytetu na podstawie uzasadnienia potrzeby kształcenia ustawicznego przedstawionego w części III pkt. 2.1 wniosku. |
| 6 | Wsparcie cudzoziemców, w szczególności w zakresie zdobywania wiedzy na temat polskiego prawa pracy i integracji tych osób na rynku pracy. |  | Weryfikacja warunku dostępu do priorytetu na podstawie oświadczenia Pracodawcy (**załącznik nr 7c**). |
| 7 | Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych. |  | Weryfikacja warunku dostępu do priorytetu na podstawie oświadczenia Pracodawcy (**załącznik nr 7d**). |
| 8 | Rozwój umiejętności cyfrowych. |  | Weryfikacja warunku dostępu do priorytetu na podstawie oświadczenia Pracodawcy (**załącznik nr 7e**). |
| 9 | Wsparcie rozwoju umiejętności związanych z transformacją energetyczną. |  | Weryfikacja warunku dostępu do priorytetu na podstawie oświadczenia Pracodawcy (**załącznik nr 7f**). |
| 14 | Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w związku z wprowadzaniem elastycznego czasu pracy z  zachowaniem poziomu wynagrodzenia lub rozpowszechnianiem w firmach work-life balance – priorytet dodany w kwietniu 2025 r. |  | Weryfikacja warunku dostępu do priorytetu na podstawie oświadczenia Pracodawcy (**załącznik nr 7g**). |

Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe.

Data

Podpis i pieczątka imienna Pracodawcy lub

osoby upoważnionej do jego reprezentowania

**Załącznik nr 8**

**Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych Pracodawcy i pracowników Pracodawcy oraz innych osób uczestniczących w realizacji zadań w zakresie kształcenia ustawicznego w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego (KFS)**

Zgodnie z art. 13 ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) informuję, że:

1. Administratorem danych, w tym danych osobowych jest Sądecki Urząd Pracy (SUP), mający siedzibę przy ul. Zielonej 55, 33-300 Nowy Sącz, reprezentowany przez Dyrektora Sądeckiego Urzędu Pracy.
2. W SUP wyznaczony jest Inspektor ochrony danych, z którym można się skontaktować telefonicznie pod numerem 18 44 89 309, poprzez e-mail [iod@sup.nowysacz.pl](mailto:iod@sup.nowysacz.pl) lub osobiście w siedzibie SUP.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b), c), e) ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. w celu realizacji zadań określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy w związku z art. 443 ustawy z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia i aktach wykonawczych do tej ustawy oraz w celu wykonywania i dochodzenia lub obrony przed roszczeniami wywodzonymi z umowy w przypadku, gdy zawarła/zawarł Pani/Pan umowę cywilnoprawną w ramach form pomocy określonych ustawą o rynku pracy i służbach zatrudnienia lub innych ustaw realizowanych przez administratora.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:

* organy, podmioty i osoby upoważnione na podstawie przepisów prawa,
* podmioty przetwarzające dane na zlecenie administratora, na podstawie zawartych umów powierzenia przetwarzania danych osobowych – w zakresie niezbędnym do realizacji celów określonych przepisami prawa,

1. Pani/Pana dane osobowe będą przetrzymywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w przepisach, a w przypadku archiwizacji zgodnie z klasyfikacją wyznaczoną przez administratora i wynikającą z ustawy z dnia 14 lipca 1983 roku o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach.
2. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych.
3. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli uważa Pani/Pan, że dane przetwarzane są niezgodnie z prawem.
4. Podawane przez Panią/Pana dane osobowe są niezbędne do realizacji zadań określonych w przywołanych przepisach, a odmowa ich przekazania skutkować będzie brakiem możliwości skorzystania ze wsparcia SUP.
5. Urząd nie będzie wykorzystywał Pani/Pana danych do zautomatyzowanego podejmowania decyzji w tym profilowania, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO.
6. Oprócz danych osobowych pozyskiwanych bezpośrednio od Pani/a SUP będzie przetwarzał dane z innych źródeł, do których jest upoważniony i zapewniono mu dostęp na podstawie przepisów prawa. Dane te pozyskiwane będą w szczególności za pomocą udostępnionych do tego celu systemów teleinformatycznych.
7. Dane osobowe przetwarzane przez SUP podlegają zabezpieczeniom zapobiegającym nadużyciom lub niezgodnemu z prawem dostępowi lub przekazywaniu.
8. Administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej.

**Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z „Informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych Pracodawcy i pracowników Pracodawcy oraz innych osób uczestniczących w realizacji zadań w zakresie kształcenia ustawicznego w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego (KFS)” oraz poinformowałem/poinformuję o jej treści osoby, których dane będą przetwarzane.**

Nowy Sącz, dn.

Podpis i pieczątka imienna Pracodawcy lub

osoby upoważnionej do jego reprezentowania

**Załącznik nr 9**

Nazwa lub imię i nazwisko, adres Pracodawcy

**Oświadczenie Pracodawcy o załączeniu do wniosku obowiązkowych załączników**

Oświadczam, że do Wniosku pracodawcy o przyznanie środków z KFS na kształcenie ustawiczne pracodawców i pracowników załączono:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa obowiązkowego załącznika** | **Jeżeli załączony wstawić znak „x”[[40]](#footnote-40)** | **Numer strony**  **(pole obowiązkowe dla wniosków składanych drogą nieelektroniczną)[[41]](#footnote-41)** |
| 1. | Zaświadczenia lub Oświadczenie Pracodawcy o pomocy de minimis (załącznik nr 1) - **dotyczy podmiotów ubiegających się o pomoc de**  **minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.** |  |  |
| 2. | Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (załącznik  nr 1a) wraz z instrukcją wypełnienia tabeli  w części D formularza lub Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (załącznik  nr 1b) - **dotyczy podmiotów ubiegających się o pomoc de minimis lub pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie.** |  |  |
| 3. | Kopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej. Dodatkowo w przypadku spółek cywilnych umowa spółki. |  |  |
| 4. | Program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu (załącznik nr 2). |  |  |
| 5. | Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawianego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących. |  |  |

Data

Podpis i pieczątka imienna Pracodawcy lub

osoby upoważnionej do jego reprezentowania

1. zaznaczyć właściwe [↑](#footnote-ref-1)
2. Priorytet nie dotyczy działalności prowadzonej na terenie Miasta Nowy Sącz. [↑](#footnote-ref-2)
3. **uwaga: przy wyliczaniu wnioskowanej kwoty dofinansowania:**

   * **należy uwzględnić wyłącznie koszty samego kształcenia ustawicznego, tj. należność dla instytucji szkoleniowej, uczelni** itd., bez kosztów zakwaterowania, wyżywienia, przejazdu,
   * **nie można uwzględnić 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.

   [↑](#footnote-ref-3)
4. nazwa, adres, NIP [↑](#footnote-ref-4)
5. np. stacjonarnie, online, [↑](#footnote-ref-5)
6. **jedna osoba powinna być wykazana tylko jeden raz z wyszczególnieniem wszystkich form i nazw wsparcia, w których będzie uczestniczyć**, [↑](#footnote-ref-6)
7. w przypadku wykształcenia średniego należy wpisać czy jest to wykształcenie średnie ogólnokształcące, średnie zawodowe czy pomaturalne/policealne, [↑](#footnote-ref-7)
8. zg. z klasyfikacją zawodów lub specjalności dla potrzeb rynku pracy i deklaracją ZUS ZUA/sprawozdaniem GUS Z-05, [↑](#footnote-ref-8)
9. Patrz przypis nr 6 [↑](#footnote-ref-9)
10. Patrz przypis nr 7 [↑](#footnote-ref-10)
11. Patrz przypis nr 6 [↑](#footnote-ref-11)
12. Patrz przypis nr 7 [↑](#footnote-ref-12)
13. Numer(-y) uczestnika(-ów) zgodnie z tabelą 4: Dane uczestników kształcenia ustawicznego. [↑](#footnote-ref-13)
14. np. zgodnych z aktualną listą certyfikatów prowadzoną przez Polską Agencję Rozwoju Przedsiębiorczości (PARP) na potrzeby Bazy Usług Rozwojowych (BUR). [↑](#footnote-ref-14)
15. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-15)
16. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-16)
17. bez kosztów wyżywienia, zakwaterowania, przejazdu [↑](#footnote-ref-17)
18. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-18)
19. zaznaczyć właściwe [↑](#footnote-ref-19)
20. **należy podać pomoc otrzymaną przez wszystkie jednostki gospodarcze należące do „jednego przedsiębiorstwa”** w rozumieniu rozporządzenia Komisji (UE) Nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznające niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014, str. 1 z późn. zm.). [↑](#footnote-ref-20)
21. proszę zaznaczyć właściwa pozycję [↑](#footnote-ref-21)
22. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-22)
23. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-23)
24. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-24)
25. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-25)
26. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-26)
27. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-27)
28. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-28)
29. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-29)
30. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-30)
31. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-31)
32. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-32)
33. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-33)
34. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-34)
35. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-35)
36. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-36)
37. niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-37)
38. **Liczba zatrudnionych osób** odpowiada liczbie rocznych jednostek pracy (RJP), to jest liczbie pracowników zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu pracy w obrębie danego przedsiębiorstwa lub w jego imieniu w ciągu całego uwzględnianego roku referencyjnego. Praca osób, które nie przepracowały pełnego roku, osób, które pracowały w niepełnym wymiarze godzin, bez względu na długość okresu zatrudnienia, lub pracowników sezonowych jest obliczana jako część ułamkowa RJP.

    **W skład personelu wchodzą:**

    a) pracownicy;

    b) osoby pracujące dla przedsiębiorstwa, podlegające mu i uważane za pracowników na mocy prawa krajowego;

    c) właściciele-kierownicy;

    d) partnerzy prowadzący regularną działalność w przedsiębiorstwie i czerpiący z niego korzyści finansowe.

    **Do liczby zatrudnionych osób nie wlicza się**: praktykantów, studentów odbywających szkolenie zawodowe na podstawie umowy o praktyce lub szkoleniu zawodowym. Nie wlicza się okresu trwania urlopu macierzyńskiego ani wychowawczego. [↑](#footnote-ref-38)
39. Proszę zaznaczyć wybrany priorytet [↑](#footnote-ref-39)
40. Niedołączenie obowiązkowych załączników do wniosku wskazanych w §5 ust. 2 rozporządzenia MPiPS z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia. [↑](#footnote-ref-40)
41. Każdy załączony do wniosku dokument powinien zostać ponumerowany (dotyczy wniosków składanych drogą nieelektroniczną). [↑](#footnote-ref-41)