|  |  |
| --- | --- |
| **NUMER WNIOSKU**wypełnia MUP | CZS.635……………………….. |

**

……………………….…………………

Pieczęć wnioskodawcy

**WNIOSEK PRACODAWCY O PRZYZNANIE ŚRODKÓW Z KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO NA FINANSOWANIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO PRACOWNIKÓW I PRACODAWCY**

**Podstawa prawna:**

1. Art. 69a i 69b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy ( Dz.U. z 2023 r. poz.735 z późn .zm.)
2. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego.

**Informacja:**

1. Wniosek należy wypełnić czytelnie.
2. Wszelkie skreślenia i poprawki muszą być parafowane przez pracodawcę.
3. Każda pozycja we wniosku musi zostać wypełniona, w przypadku, gdy którykolwiek punkt wniosku nie dotyczy wnioskodawcy należy wpisać **„nie dotyczy”.**
4. **INFORMACJE O WNIOSKODAWCY:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Nazwa pracodawcy |  |
| 2. Adres siedziby pracodawcy *(ulica, nr budynku, kod miejscowość)*  |  |
| 3. Miejsce prowadzenia działalności gospodarczej *(jeśli jest inne niż adres siedziby)* |  |
| 4. Adres do korespondencji *(miejscowość, kod pocztowy ulica, nr budynku i lokalu – wypełnić, jeśli adres jest inny niż podany w pkt 2)* |  |
| 5. NIP |  |
| 6. REGON |  |
| 7. Nr rachunku bankowego Pracodawcy, na który mają zostać przekazane środki KFS |  |
| 8. Przeważający rodzaj działalności gospodarczej według (PKD) |  |
| 9. Oznaczenie formy organizacyjno-prawnej działalności *(np. spółdzielnia, spółka (podać jaka), działalność indywidualna, inna)* |  |
| 10. Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy i podpisania umowy *(zgodnie z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem)* |  |
| 11. Pesel1 |  |
| 12. Adres zamieszkania2 |  |
| 13. Imię i nazwisko osoby do kontaktów  |  |

****

|  |  |
| --- | --- |
| 14. Numer telefonu |  |
| 15. E-mail |  |
| 16.Wielkość przedsiębiorstwa\* | mikroprzedsiębiorstwo: □ małe przedsiębiorstwo: □ średnie przedsiębiorstwo: □ duże przedsiębiorstwo: □  |
| Liczba pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, lub spółdzielczej umowy o pracę - na dzień złożenia wniosku: |  |
| \* Za mikroprzedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych: 1) zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz 2) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 2 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 milionów euro. Za małego przedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych: 1) zatrudniał średniorocznie mniej niż 50 pracowników oraz 2) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 10 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 10 milionów euro. Za średniego przedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych: 1) zatrudniał średniorocznie mniej niż 250 pracowników oraz 2) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 50 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 43 milionów euro. Wyrażone w euro wielkości, o których mowa powyżej, przelicza się na złote według średniego kursu ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski w ostatnim dniu roku obrotowego wybranego do określenia statusu przedsiębiorcy. Średnioroczne zatrudnienie określa się w przeliczeniu na pełne etaty. Przy obliczaniu średniorocznego zatrudnienia nie uwzględnia się pracowników przebywających na urlopach macierzyńskich, urlopach na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopach ojcowskich, urlopach rodzicielskich i urlopach wychowawczych, a także zatrudnionych w celu przygotowania zawodowego. W przypadku przedsiębiorcy działającego 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.**UWAGA:** określając wielkość przedsiębiorcy należy brać pod uwagę stan zatrudnienia i wielkość obrotów zarówno wnioskodawcy jak również podmiotów z nim powiązanych. |

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

Środki KFS mogą zostać przyznane w wysokości 80% kosztów kształcenia ustawicznego nie więcej jednak niż 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika, a w przypadku mikroprzedsiębiorstw w wysokości 100%, nie więcej jednak niż 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika.

|  |  |
| --- | --- |
| **Całkowita wartość planowanych działań związanych z kształceniem ustawicznym w złotych** (zgodnie z pkt VI wniosku)**:**  |  |
| Słownie: |  |
| W tym: **Wysokość wnioskowanych środków KFS w złotych:** |  |
| Słownie: |  |
| **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w złotych\*:** |  |
| Słownie: |  |
| *\*Nie dotyczy mikroprzedsiębiorstw.**Przy wyliczaniu wkładu własnego pracodawcy nie należy uwzględniać innych kosztów, które pracodawca ponosi w związku z udziałem pracowników w kształceniu ustawicznym, np. wynagrodzenia za godziny nieobecności w pracy w związku z uczestnictwem w zajęciach, kosztów delegacji w przypadku konieczności dojazdu do miejscowości innej niż miejsce pracy itp. Wkład własny nie może pochodzić ze środków pracownika. Wkładem własnym nie może być koszt udostępnienia przez pracodawcę organizatorowi kształcenia sali/pomieszczeń/ sprzętu i innych kwestii niezwiązanych ze środkami finansowymi pracodawcy. Wkładem własnym nie może być podatek VAT od realizowanego kształcenia ustawicznego.* |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wyszczególnienie | Liczba pracodawców | Liczba pracowników |
| razem | kobiety | razem | kobiety |
| **Liczba osób, których wydatek dotyczy ogółem** |  |  |  |  |
| **Liczba osób według rodzajów wsparcia** | Kursy realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą |  |  |  |  |
| Studia podyplomowe realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą  |  |  |  |  |
| Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych  |  |  |  |  |
| Badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu,  |  |  |  |  |
| Ubezpieczenie NNW w związku z podjętym kształceniem |  |  |  |  |
| **Liczba osób** | Wykonujących pracę w szczególnych warunkach oraz pracę o szczególnym charakterze |  |  |  |  |
| W tym osoby mogące to udokumentować |  |  |  |  |
| **Liczba osób według nazwy grupy zawodów** | Siły zbrojne |  |  |  |  |
| Kierownicy |  |  |  |  |
| Specjaliści |  |  |  |  |
| Technicy i inny średni personel |  |  |  |  |
| Pracownicy biurowi |  |  |  |  |
| Pracownicy usług i sprzedawcy |  |  |  |  |
| Rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy |  |  |  |  |
| Robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy |  |  |  |  |
| Operatorzy i monterzy maszyn i urządzeń |  |  |  |  |
| Pracownicy wykonujący prace proste |  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i Imię** | **Pracownik / Pracodawca[[1]](#footnote-1)**  | **Rodzaj umowy o pracę****wymiar etatu****(np. 1/1, ½ itp.)** | **Grupa wiekowa, do której należy uczestnik kształcenia** | **Poziom wykształcenia** | **KORZYSTAŁ** **ze środków KFS w roku2022** | **KORZYSTAŁ** **ze środków KFS w 2023 r.** |
| **Okres obowiązywania umowy (od …… do ……) / data rozpoczęcia działalności gospodarczej** | 15 - 24 lata | 25 - 34 lata | 35 - 44 lata | 45 lat i więcej | Gimnazjalne i poniżej | Zasadnicze zawodowe | Średnie ogólnokształcące | Policealne i średnie zawodowe | Wyższe |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | TAK / NIE\* | TAK / NIE\*1w kwocie: ................... |
|  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | TAK / NIE\* | TAK / NIE\*1w kwocie: ...............… |
|  |

**V. PRIORYTETY WYDATKOWANIA ŚRODKÓW KFS W 2023 ROKU**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Priorytety wydatkowania środków KFS ustalone przez Ministra właściwego do spraw pracy w porozumieniu z Radą Rynku Pracy.**  |  |
| 1.Wsparcie kształcenia ustawicznego skierowane do pracodawców zatrudniających cudzoziemców. | □ **TAK** □ **NIE** |
| 2 Wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy. | □ **TAK** □ **NIE** |
| 3. Wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych. | □ **TAK** □ **NIE** |
| 4.Wsparcie kształcenia ustawicznego dla nowozatrudnionych osób (lub osób, którym zmieniono zakres obowiązków) powyżej 50 roku życia.  | □ **TAK** □ **NIE** |
|  5.Wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem oraz osób będących członkami rodzin wielodzietnych.  | □ **TAK** □ **NIE** |
|  6 wsparcie kształcenia ustawicznego osób poniżej 30 roku życia w zakresie umiejętności cyfrowych oraz umiejętności związanych z branżą energetyczną i gospodarką odpadami.  | □ **TAK** □ **NIE** |
| **2. Priorytety wydatkowania środków rezerwy KFS wynikające z decyzji Rady Rynku Pracy.**  |  |
| A. Wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników Centrów Integracji Społecznej, Klubów Integracji Społecznej, Warsztatów Terapii Zajęciowej, Zakładów Aktywności Zawodowej, członków lub pracowników spółdzielni socjalnych oraz pracowników zatrudnionych w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego wskazanych na liście/rejestrze przedsiębiorstw społecznych prowadzonym przez MRiPS.  | □ **TAK** □ **NIE** |
| B. Wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności. | □ **TAK** □ **NIE** |
| C. Wsparcie kształcenia ustawicznego w obszarach/branżach kluczowych dla rozwoju powiatu/województwa wskazanych w dokumentach strategicznych/planach rozwoju.  | □ **TAK** □ **NIE** |
| D. Wsparcie kształcenia ustawicznego instruktorów praktycznej nauki zawodu bądź osób mających zamiar podjęcia się tego zajęcia, opiekunów praktyk zawodowych i opiekunów stażu uczniowskiego oraz szkoleń branżowych dla nauczycieli kształcenia zawodowego.  | □ **TAK** □ **NIE** |
| E. Wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które mogą udokumentować wykonywanie przez co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, a którym nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej.  | □ **TAK** □ **NIE** |

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

| **Lp.** | **Nazwa kursu** | **Dokładny termin realizacji****wsparcia****(od dnia do dnia)** | **Nazwa i adres realizatora wskazanej formy wsparcia** | **Koszt wsparcia dla jednej osoby** | **Liczba osób objętych danym wsparciem** | **Całkowita wysokość wydatków na wsparcie w zł** | **W tym wnioskowana wysokość środków z KFS w zł** | **W tym wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ogółem: |  |  |  |  |
| **Lp.** | **Nazwa studiów podyplomowych**  | **Dokładny termin realizacji****wsparcia (od dnia do dnia)** | **Nazwa i adres realizatora wskazanej formy wsparcia** | **Koszt wsparcia dla jednej osoby** | **Liczba osób objętych danym wsparciem** | **Całkowita wysokość wydatków na wsparcie w zł** | **W tym wnioskowana wysokość środków z KFS w zł** | **W tym wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ogółem: |  |  |  |  |
| **Lp.** | **Rodzaj egzaminu umożliwiającego uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych**  | **Dokładny termin realizacji****wsparcia (od dnia do dnia)** | **Nazwa i adres realizatora wskazanej formy wsparcia** | **Koszt wsparcia dla jednej osoby** | **Liczba osób objętych danym wsparciem** | **Całkowita wysokość wydatków na wsparcie w zł** | **W tym wnioskowana wysokość środków****z KFS w zł** | **W tym wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ogółem: |  |  |  |  |
| **Lp.** | **Rodzaj badań lekarskich i psychologicznych wymaganych do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu** | **Dokładny termin realizacji****wsparcia (od dnia do dnia)** | **Nazwa i adres realizatora wskazanej formy wsparcia** | **Koszt wsparcia dla jednej osoby** | **Liczba osób objętych danym wsparciem** | **Całkowita wysokość wydatków na wsparcie w zł** | **W tym wnioskowana wysokość środków z KFS w zł** | **W tym wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ogółem: |  |  |  |  |
| **Lp.** | **Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem** | **Dokładny termin realizacji****wsparcia (od dnia do dnia)** | **Nazwa i adres realizatora wskazanej formy wsparcia** | **Koszt wsparcia dla jednej osoby** | **Liczba osób objętych danym wsparciem** | **Całkowita wysokość wydatków na wsparcie w zł** | **W tym wnioskowana wysokość środków z KFS w zł** | **W tym wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ogółem: |  |  |  |  |
| **Lp.** | **Określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego w związku z ubieganiem się o finansowanie tego kształcenia ze środków KFS** | **Dokładny termin realizacji****wsparcia****(od dnia do dnia)** | **Nazwa i adres realizatora wskazanej formy wsparcia** | **Całkowita wysokość wydatków na wsparcie w zł** | **W tym wnioskowana wysokość środków z KFS w zł** | **W tym wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Ogółem: |  |  |  |

**VII. UZASADNIENIE WNIOSKU**

|  |
| --- |
| 1. **Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego, przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy oraz obowiązujących priorytetów wydatkowania środków KFS** (należy wypełnić dla każdej osoby objętej kształceniem)
 |
| **Lp.** | **Dane osób objętych kształceniem** | **Priorytet** | **Rodzaj kształcenia ustawicznego -** nazwa kursu, studiów, egzaminów, badań, NNW, określenie potrzeb |
| 1) | Imię i nazwisko ……………………………………………Stanowisko……………………………..…………………  | Osoba z priorytetu MRiPS na 2023r. | **Osoba z priorytetu Rady Runku Pracy (REZERWA)** |  |
| * 1
* 2
* 3
 | * 4
* 5
* 6
 | * **A**
* **B**
* **C**
 | * **D**
* **E**
 |
| **Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osoby objętej kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS.**Plany dotyczące np. utrzymania zatrudnienia, awansu zawodowego, rozszerzenia obowiązków zawodowych, przesunięcia na inne stanowisko pracy lub inne istotne dla pracodawcy, a w przypadku objęcia wsparciem pracodawcy – informacja na temat planów, co do działalności firmy w przyszłości.**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………..……………………………………………….……….…………..****……………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………..…….…………….………..****…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………….……….………****…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………….……….………****…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………….……….………** |
| **Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego przy uwzględnieniu obecnych i przyszłych potrzeb pracodawcy, dotyczących osoby objętej kształceniem ustawicznym.****(1)** Zakres wykonywanych przez pracodawcę/pracownika obecnie zadań zawodowych. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**(2)**Sposób, w jaki wykorzystane zostaną nabyte w toku kształcenia ustawicznego kompetencje zawodowe (należy odnieść się do zakresu zadań zawodowych w przyszłości). ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**(3)**Powiązanie zaplanowanego działania z priorytetem. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…..………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…….……..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…….……..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…….……. |
| **Informacja o zgodności kompetencji nabywanych przez uczestnika kształcenia ustawicznego z potrzebami lokalnego i regionalnego rynku pracy.** Za potrzeby lokalnego i regionalnego rynku pracy uznane zostaną zawody deficytowe wskazane w Barometrze zawodów 2023: miasto Kielce i/lub województwo świętokrzyskie.…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….............................................................................................................................................................................……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….............................................…………………………………………… |

|  |
| --- |
| 1. **Uzasadnienie wyboru realizatora usługi finansowanej ze środków KFS/ wraz z następującymi informacjami** *(Niniejszą tabelę należy rozpisać osobno dla każdego działania zaplanowanego do finansowania w ramach kształcenia ustawicznego ze środków KFS):*
 |
| * 1. **Rodzaj usługi**

(właściwe zaznaczyć) | □ Określenie potrzeb pracodawców□ Kurs □ Studia podyplomowe □ Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych □ Badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu □ Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem |
| * 1. **Nazwa realizatora usługi**
 |  |
| * 1. **Siedziba realizatora usługi (adres)**
 |  |
| * 1. **Posiadanie przez realizatora usługi certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego**
 |  |
| **e. Posiadanie przez realizatora usługi dokumentu na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego***(jeżeli informacja ta nie jest dostępna w publicznych rejestrach elektronicznych)* |  |
| **f. Nazwa kształcenia ustawicznego** |  |
| **g. Liczba godzin kształcenia ustawicznego** |  |
| **h. Termin i** **adres realizacji kształcenia**  | **od ………………………..… do……………………..…****adres .......................................................................................** |
| **i. Cena usługi kształcenia ustawicznego na jednego uczestnika** *(jeżeli kształcenie jest w całości lub co najmniej 70% finansowane z KFS, wówczas musi uwzględniać zwolnienie z podatku VAT).* *UWAGA: Koszt danej formy wsparcia nie może zawierać kosztów związanych z przejazdem, zakwaterowaniem i wyżywieniem*. |  |
| **j. Porównanie ceny ww. usługi kształcenia ustawicznego z ceną 2 podobnych usług oferowanych na rynku** *(o ile są dostępne)* | 1) | Nazwa i siedziba organizatora kształcenia |  |
| Liczba godzin kształcenia |  |
| Cena usługi |  |
| 2) | Nazwa i siedziba organizatora kształcenia |  |
| Liczba godzin kształcenia  |  |
| Cena usługi |  |
| **k. Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego:** | …………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………. |

**VIII. OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

Oświadczam, że:

1. **Zapoznałem się** z Zasadami przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego obowiązującymi w Miejskim Urzędzie Pracy w Kielcach.
2. **POSIADAM / NIE POSIADAM** statusu pracodawcy w rozumieniu Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
3. **JESTEM / NIE JESTEM\*** przedsiębiorcą prowadzącym działalność gospodarczą.
4. **JESTEM / NIE JESTEM**\* beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu przepisów art. 2 pkt 17 ustawy z dnia
30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity z 2023 r. poz. 702).
5. **ZALEGAM / NIE ZALEGAM\*** na dzień złożenia wniosku z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom oraz opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Emerytur Pomostowych, KRUS oraz innych danin publicznych.
6. **POSIADAM / NIE POSIADAM\*** ugody zawartej z wierzycielem o warunkach spłaty zadłużenia.
7. **TOCZY SIĘ / NIE TOCZY SIĘ\*** w stosunku do mojej firmy postępowanie upadłościowe i **ZOSTAŁ / NIE ZOSTAŁ\*** zgłoszony wniosek o likwidację.
8. W okresie do 365 dni przed dniem złożenia wniosku **ZOSTAŁEM / NIE ZOSTAŁEM\*** skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych, jak również **JESTEM / NIE JESTEM\*** objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.
9. Pracownicy przewidziani do objęcia kształceniem ustawicznym **SĄ / NIE SĄ\*** zatrudnieni na podstawie umowy o pracę / powołania / wyboru / mianowania / spółdzielczej umowy o pracę.
10. **UTRZYMAM / NIE UTRZYMAM\*** zatrudnienie pracowników, których kieruję na kształcenie ustawiczne co najmniej do dnia zakończenia przez nich ostatniej formy wsparcia.
11. Pracodawca / pracownicy wskazani w niniejszym wniosku **PRZEBYWAJĄ / NIE PRZEBYWAJĄ\*** na urlopach macierzyńskich, rodzicielskich, wychowawczych, bezpłatnych.
12. Pracownicy wskazani w niniejszym wniosku **SPEŁNIAJĄ / NIE SPEŁNIAJĄ\*** definicji osoby współpracującej zgodnie z art. 8 ust. 11 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (za osobę współpracującą uważa się: małżonka, dzieci własne lub dzieci drugiego małżonka i dzieci przysposobione, rodziców oraz macochę i ojczyma pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym i współpracujących przy prowadzeniu działalności).
13. **UBIEGAM SIĘ / NIE UBIEGAM\***się o środki na kształcenie pracodawcy / pracowników objętych niniejszym wnioskiem
w innym powiatowym urzędzie pracy.
14. Z wybranym realizatorem usługi kształcenia ustawicznego:
15. **JESTEM / NIE JESTEM\*** powiązany osobowo ani kapitałowo (nie jestem wspólnikiem);
16. **POSIADAM/ NIE POSIADAM\*** co najmniej 10% udziałów lub akcji;
17. **PEŁNIĘ / NIE PEŁNIĘ FUNKCJI\*** członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
18. **POZOSTAJĘ / NIE POZOSTAJĘ\*** w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa
w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli).
19. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Urzędu jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy w Miejskim Urzędzie Pracy w Kielcach zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.
20. Wskazane we wniosku formy pomocy **SĄ / NIE SĄ\*** stażami podyplomowymi i szkoleniami specjalizacyjnymi lekarzy
i lekarzy dentystów oraz specjalizacjami pielęgniarek i położnych, o których mowa w przepisach o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz pielęgniarki i położnej.
21. Oświadczam, że **PROWADZĘ / NIE PROWADZĘ\*** działalność w sektorze transportu drogowego towarów.

**Uwaga:** odpowiedź przeczącą należy zaznaczyć w przypadku, gdy:

1. beneficjent pomocy *de minimis* w ogóle nie prowadzi działalności gospodarczej w sektorze transportu drogowego albo prowadząc jednocześnie działalność gospodarczą w sektorze transportu drogowego oraz inną działalność gospodarczą, posiada on rozdzielność rachunkową działalności prowadzonej w sektorze transportu drogowego zapobiegającą ewentualnym przypadkom subsydiów krzyżowych, a udzielona pomoc *de minimis* przeznaczona jest wyłącznie na działalność inną niż działalność w sektorze transportu drogowego,
2. rozdzielność rachunkowa określonej działalności gospodarczej polega na prowadzeniu odrębnej ewidencji dla tej działalności gospodarczej oraz prawidłowym przypisywaniu przychodów i kosztów na podstawie konsekwentnie stosowanych i mających obiektywne uzasadnienie metod, a także określeniu w dokumentacji, o której mowa w art. 10 ustawy z dnia 29 września 1994 o rachunkowości ( tj. Dz. U. z 2021 r., poz. 217, z późn. zm.), zasad prowadzenia odrębnej ewidencji oraz metod przypisywania kosztów i przychodów.
3. Pracownicy wskazani we wniosku **WYRAZILI / NIE WYRAZILI\*** zgody na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie
i archiwizowanie danych osobowych dotyczących swojej osoby, przez Miejski Urząd Pracy w Kielcach dla celów związanych
z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy w sprawie finansowania działań z KFS.
4. Pracownicy wskazani w niniejszym wniosku **SPEŁNIAJĄ / NIE SPEŁNIAJĄ\*** wymagania wstępne dla uczestników kształcenia, które uwzględniają szczególne uwarunkowania lub ograniczenia związane z kształceniem w danym zawodzie.
5. Dokonałem rozeznania rynku usług w zakresie przedstawionym w części VII.2 J wniosku. Racjonalność oraz gospodarność wydatkowania środków KFS potwierdzam dostępnymi ofertami (opisanymi w tabeli), które zobowiązuję się przedstawiać na każde żądanie Miejskiego Urzędu Pracy w Kielcach, aż do końca okresu obowiązywania umowy o dofinansowanie

kształcenia ustawicznego.

1. Przyjmuję do wiadomości, że umowa dotycząca przyznanych środków na kształcenie ustawiczne pracowników
i pracodawcy ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego jest aktem cywilnoprawnym i żadnej ze stron nie przysługuje roszczenie jej zawarcia.
2. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Miejskiego Urzędu Pracy w Kielcach o wszelkich zmianach stanu prawnego lub faktycznego wskazanego w złożonym wniosku.

**\*niewłaściwe skreślić**

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

Jestem świadomy, że dane osobowe dotyczące mojej osoby/dane podmiotu, w tym imię i nazwisko osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktów i pracowników będą zbierane, przetwarzane, udostępniane i archiwizowane dla celów związanych
z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o której mowa w rozporządzeniu MRPiPS z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018r. poz. 117), zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie
o ochronie danych) a także innych przepisów dotyczących ochrony danych osobowych.

Jednocześnie oświadczam, że pracownicy wskazani we wniosku zostali zapoznani z treścią *Załącznika nr 4* – Klauzula informacyjna.

……………………………………………………………….……

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

**Załączniki do wniosku:**

**OBOWIĄZKOWE:**

1. Oświadczenie o pomocy de minimis, w zakresie o którym mowa w art. 37 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej - *Załącznik nr 1.*
2. Program kształcenia lub zakres egzaminu (oddzielnie dla każdego kursu / studiów / egzaminu) - *Załącznik nr 2*
3. Informacje określone w przepisach wydanych na podstawie art. 37 ust. 2a ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu
w sprawach dotyczących pomocy publicznej.(Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis)
4. Kopia dokumentu potwierdzającego prawną formę prowadzenia działalności – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego (KRS) lub CEiDG: w przypadku spółki cywilnej - umowa spółki cywilnej wraz z ewentualnymi wprowadzonymi do niej zmianami; statut w przypadku stowarzyszenia, fundacji czy spółdzielni lub inne dokumenty (właściwe np. dla jednostek budżetowych, szkół, przedszkoli).
5. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawianego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących.

**DODATKOWE:**

1. Oświadczenie wnioskodawcy dotyczące priorytetów - *Załącznik nr 3.*
2. Klauzula informacyjna – *Załącznik nr 4.*
3. W przypadku, gdy pracodawcę reprezentuje pełnomocnik, do wniosku musi być załączone 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 lub przedsiębiorcy). Podpis lub podpisy osób uprawnionych do występowania w obrocie prawnym w imieniu pracodawcy muszą być czytelne lub opatrzone pieczątkami imiennymi.
4. Kopia dokumentu potwierdzającego miejsce prowadzenia działalności na terenie powiatu Miasto Kielce - w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, np. kserokopia umowy dzierżawy, najmu.
5. W przypadku kursów należy dołączyć dokument, na podstawie którego organizator kształcenia prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego, jeżeli informacja ta nie jest dostępna w publicznych rejestrach elektronicznych.
6. Kserokopia certyfikatów jakości usług posiadanych przez organizatora kształcenia ustawicznego.
7. Wnioskodawcy będący rolnikami lub prowadzącymi działy specjalne produkcji rolnej winni przedłożyć, jeżeli ich dotyczy odpowiednio:
8. zaświadczenie z Urzędu Gminy lub Urzędu Miasta o wielkości powierzchni gospodarstwa rolnego, w tym w ha przeliczeniowych,
9. nakaz płatniczy za ostatni rok podatkowy, inny dokument potwierdzający prawo własności gospodarstwa,
10. zaświadczenie z KRUS o podleganiu i niezaleganiu w płatnościach ubezpieczenia społecznego rolników,
11. zaświadczenie z Urzędu Skarbowego o prowadzeniu działów specjalnych produkcji rolnej,
12. oświadczenie o prowadzeniu osobiście i na własny rachunek działalności w zakresie produkcji rolnej lub zwierzęcej w tym ogrodniczej, sadowniczej, pszczelarskiej i rybnej w pozostającym w jej posiadaniu gospodarstwie rolnym obejmującym obszar użytków rolnych o powierzchni przekraczającej 2 ha przeliczeniowe.

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

***UWAGA !***

1. *Wnioski złożone w terminie naboru rozpatruje się wraz z załącznikami.*
2. ***Wniosek, który nie zawiera załączników OBOWIĄZKOWYCH pozostaje bez rozpatrzenia.***
3. *W przypadku złożenia nieprawidłowo wypełnionego wniosku, pracodawcy zostanie wyznaczony termin nie krótszy niż 7 dni
i nie dłuższy niż 14 dni do jego poprawienia. .*
4. *W przypadku niepoprawienia wniosku we wskazanym terminie pozostaje on bez rozpatrzenia.*
5. *Dopuszcza się negocjacje treści wniosku, w celu ustalenia ceny usług kształcenia ustawicznego, liczby osób objętych kształceniem ustawicznym, realizatora usługi, programu kształcenia ustawicznego lub zakresu egzaminu, z uwzględnieniem zasady zapewnienia najwyższej jakości usługi oraz zachowania racjonalnego wydatkowania środków publicznych.*
6. *Odmowa przyznania środków nie podlega odwołaniu.*

**

*Załącznik nr 1*

**………………………………………………….**

**Imię i nazwisko albo nazwa Pracodawcy**

**Adres siedziby:**

**………………………………………………….**

**…………………………………………………..**

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

 **O OTRZYMANEJ POMOCY PUBLICZNEJ I POMOCY *DE MINIMIS***

1. Niniejszym oświadczam, iż podmiot **nie uzyskał/uzyskał[[2]](#footnote-2)**\* pomoc *de minimis*w okresie danego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych przed dniem złożenia wniosku
w ramach jednego przedsiębiorstwa w wysokości........................................................... euro.
2. Niniejszym oświadczam, iż podmiot **nie uzyskał/uzyskał**\* pomoc *de minimis*w rolnictwie w okresie danego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych przed dniem złożenia wniosku w ramach jednego przedsiębiorstwa w wysokości.................................euro.
3. Niniejszym oświadczam, iż podmiot **nie uzyskał/uzyskał**\* pomoc *de minimis*w rybołówstwie w okresie danego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych przed dniem złożenia wniosku w ramach jednego przedsiębiorstwa w wysokości................................. euro.
4. Niniejszym oświadczam, iż podmiot **nie uzyskał/uzyskał**\* pomoc publiczną w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona wnioskowana pomoc *de minimis* w okresie danego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowychw wysokości……………...…………...…………………. euro z przeznaczeniem na .....................................................................................................................

Prawdziwość oświadczenia stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem przewidzianym w art. 233 §1
w związku z art. 233 §6 Kodeksu karnego przewidującego za oświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy karę pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat.

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

**

*Załącznik nr 2*

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

(pieczęć instytucji szkoleniowej)

# PROGRAM KSZTAŁCENIA/ZAKRES EGZAMINU

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

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

1. **Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia**

**(**Urząd dokonując  oceny tego kryterium będzie opierał się na tych certyfikatach, które zostały uznane przez Polską Agencję Rozwoju Przedsiębiorczości (PARP) na potrzeby rejestracji w  Bazie Usług Rozwojowych, certyfikat ISO 29990:2010, 9001:2015(PN-EN 9001:2015) – tylko w zakresie usług edukacyjnych i powiązane ze świadczeniem usług rozwojowych, znak jakości Małopolskich Standardów Usług Edukacyjno-Szkoleniowych (MSUES),certyfikat VCC Akademia Edukacyjna, znak jakości TGLS Quality Alliance, Pearson Assured, akredytacja Centrów Egzaminacyjnych ECDL, Standard Usługi Szkoleniowo-Rozwojowej PIFS SUS 2.0, Akredytacja EAQUALIS i EQUIS, Certyfikat PN-EN ISO/ICE 17024:2012 i  PN-EN ISO/IEC 17021-1:2015-09 oraz  Akredytacja Kuratora Oświaty w zakresie kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych.

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

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

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

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

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

1. **Miejsce kształcenia:**

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

1. **Koszt kształcenia:**

|  |  |
| --- | --- |
| KOSZT KSZTAŁCENIA (kursu/studiów podyplomowych/egzaminu\*[[3]](#footnote-3)) **NA 1 UCZESTNIKA** (jeżeli kształcenie jest w całości lub co najmniej 70% finansowane z KFS, wówczas koszt danej formy wsparcia musi uwzględniać zwolnienie z podatku VAT). **UWAGA**: **Koszt danej formy wsparcia nie może zawierać kosztów związanych z przejazdem, zakwaterowaniem i wyżywieniem.** | ...........................złotych słownie: .............................................................................................................................................. złotych  |

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

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

1. **Plan nauczania**

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

1. **Przewidziane sprawdziany / egzaminy**

**Egzaminy (właściwe zaznaczyć):**

egzamin wewnętrzny przeprowadzony przez realizatora kształcenia

egzamin państwowy przed komisją (podać nazwę komisji ……………………………………………….)

inna forma zaliczenia, proszę wpisać jaka: ...................................................................................................

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

zaświadczenie/certyfikat według własnego wzoru

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

 inne – jakie? ……………………………………………………………………………………………...

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

**Załączniki:**

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

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

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

**

*Załącznik nr 3*

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCE PRIORYTETÓW**

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

**Priorytet 1**

**Wsparcie kształcenia ustawicznego skierowane do pracodawców zatrudniających cudzoziemców**;

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. |  Imię i nazwisko osoby  |
|  |  |
|  |  |
| … |  |

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

**Priorytet 2**

**Wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy**

 *Wykaz osób które, które w ramach wykonywania swoich zadań zawodowych/ na stanowisku pracy korzystają lub będą korzystać z nowych procesów, technologii i narzędzi pracy*

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby |
|  |  |
|  |  |
| … |  |

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

**Priorytet 3**

**Wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych**

*Osoby wymienione w poniższej tabeli zostaną objęte kształceniem ustawicznym w zawodzie deficytowym*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby | Nazwa zawodu deficytowego na terenie powiatu zgodnie z Barometrem zawodów 2023 miasto Kielce  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| … |  |  |

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

**Priorytet 4**

**Wsparcie kształcenia ustawicznego dla nowozatrudnionych osób (lub osób, którym zmieniono zakres obowiązków) powyżej 50 roku życia.**

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby  |
|  |  |
|  |  |
| … |  |

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

**Priorytet 5**

**Wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem oraz osób będących członkami rodzin wielodzietnych.**

*Wykaz osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem oraz osób będących członkami rodzin wielodzietnych.*

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko |
|  |  |
|  |  |
| … |  |

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

**Priorytet 6**

 **Wsparcie kształcenia ustawicznego osób poniżej 30 roku życia w zakresie umiejętności cyfrowych oraz umiejętności związanych z branżą energetyczną i gospodarką odpadami.**

 *Wykaz osób które, osób poniżej 30 roku życia w zakresie umiejętności cyfrowych oraz umiejętności związanych z branżą energetyczną i gospodarką odpadami.*

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko  |
|  |  |
|  |  |
| … |  |

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

**Priorytet A.**

**Wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników Centrów Integracji Społecznej, Klubów Integracji Społecznej, Warsztatów Terapii Zajęciowej, Zakładów Aktywności Zawodowej, członków lub pracowników spółdzielni socjalnych oraz pracowników zatrudnionych w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego wskazanych na liście/rejestrze przedsiębiorstw społecznych prowadzonym przez MRiPS.**

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

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

**Priorytet B.**

**Wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności;**

Osoby wymienione w poniższej tabeli posiadają orzeczony stopień niepełnosprawności.

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

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

**Priorytet C.**

**Wsparcie kształcenia ustawicznego w obszarach/branżach kluczowych dla rozwoju powiatu/województwa wskazanych w dokumentach strategicznych/planach rozwoju.**

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

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

**Priorytet D.**

**Wsparcie kształcenia ustawicznego instruktorów praktycznej nauki zawodu bądź osób mających zamiar podjęcia się tego zajęcia, opiekunów praktyk zawodowych i opiekunów stażu uczniowskiego oraz szkoleń branżowych dla nauczycieli kształcenia zawodowego.**

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

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

**Priorytet E.**

**Wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które mogą udokumentować wykonywanie przez co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, a którym nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej.**

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

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

**

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych zwanego dalej „RODO”), Miejski Urząd Pracy w Kielcach informuje,
o zasadach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych oraz o przysługujących Pani/Panu prawach z tym związanych.

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Miejski Urząd Pracy w Kielcach  reprezentowany przez Dyrektora MUP z siedzibą Kielcach, ul. Szymanowskiego 6, 25-361 Kielce, tel. 41 340 60 55, email: **kancelaria@mupkielce.praca.gov.pl**
2. Wszelkie kwestie dotyczące danych osobowych można kierować do Inspektora Ochrony Danych
w Miejskim Urzędzie Pracy w Kielcach na adres e-mail: iod@mupkielce.praca.gov.pl lub adres siedziby wskazany w ust.1.
3. Celem przetwarzania danych jest: obowiązków w zakresie niezbędnym do udzielenia wsparcia
i pomocy pracownikom i/lub pracodawcy w realizacji kształcenia ustawicznego finansowanego
z środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego wynikającego z Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r.
o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tj. Dz. U. z 2022 poz., 690 z późn. zm.).
4. Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest niezbędne) odbywa się zgodnie z prawem – art. 6 ust.1 lit. b, c rozporządzenia RODO) do wykonania umowy, wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze, a także dla celów obrony własnych interesów np. w celu dochodzenia roszczeń przez Miejski Urząd Pracy w Kielcach.
5. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych są podmioty upoważnione do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa oraz podmioty, którymi MUP Kielce podpisał umowę powierzenia przetwarzania danych osobowych.
6. Administrator danych nie ma zamiaru przekazywania Pani/Pana danych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
7. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 10 lat, licząc w pełnych latach kalendarzowych od dnia pierwszego roku następującego po roku pozyskania danych. W przypadku prowadzenia postępowań sądowych czas przechowywania danych może ulec wydłużeniu na czas trwającego postępowania bądź dłuższy, w zależności od obowiązków nałożonych przez przepisy prawa.
8. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych osobowych oraz prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo przenoszenia danych, z zastrzeżeniem, że przepisy odrębne mogą wyłączyć możliwość skorzystania
z tych praw.
9. Przysługuje Pani/Prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych), gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana, narusza przepisy rozporządzenia RODO.
10. Zachodzi dobrowolność podania danych osobowych, z zastrzeżeniem, że podanie danych jest konieczne w celu korzystania ze środków krajowego Funduszu Szkoleniowego, a odmowa podania powyższych danych będzie wiązać się z rezygnacją świadczenia pomocy przez MUP.
11. Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji (zautomatyzowanego przetwarzania) w tym profilowania, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO.

..………………………………………..

 (data i podpis składającego oświadczenie)



1. \* **Niewłaściwe skreślić** [↑](#footnote-ref-1)
2. \* niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)
3. \* niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-3)