



............................................. ........................................, dnia ……………………… (pieczątka pracodawcy)

**Dyrektor**

**Powiatowego Urzędu Pracy**

w Sochaczewie

ul. Kusocińskiego 11

96-500 Sochaczew

**Wniosek**

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

Na podstawie art. 69 b ustawy z 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2021r., poz. 1100   
z późn. zm.), Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018r., poz. 117).

**I. DANE PRACODAWCY**

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

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

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

**2.** Adres siedziby pracodawcy:

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

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

**3.** Miejsce prowadzenia działalności gospodarczej (pełen adres):

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

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

**4.** Numer: NIP………………..……… REGON……………………………… KRS/CEIDG....………………...………….

**5.** Dane teleadresowe pracodawcy (nr telefonu, adres poczty elektronicznej): ………………………………………………………………………..…………………...…………………………………...

**6**. Przeważający rodzaj działalności według PKD ……………….…………………………………………………………..

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

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

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

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

**9.** Czy działalność prowadzona jest w sektorze transportu drogowego: TAK / NIE *(właściwe zaznaczyć)*\*

\*Odpowiedź przeczącą należy zaznaczyć w przypadku, gdy 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.

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 1994r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021r., poz.217), zasad prowadzenia odrębnej ewidencji oraz metod przypisywania kosztów i przychodów.

**10.** Średnioroczne zatrudnienie ¹ /w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych/:………...

**11.** Wielkość przedsiębiorstwa zgodnie z Ustawą z dnia 6 marca 2018r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2021r. poz. 162)

mikroprzedsiębiorca² mały przedsiębiorca³ średni przedsiębiorca⁴ inny

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

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

a) zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz;

b) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 2 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 milionów euro.

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

a) zatrudniał średniorocznie mniej niż 50 pracowników oraz;

b) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 10 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 10 milionów euro – i który nie jest mikroprzedsiębiorcą

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

a) zatrudniał średniorocznie mniej niż 250 pracowników oraz

b) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 50 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 43 milionów euro – i który nie jest mikroprzedsiębiorcą ani małym przedsiębiorcą.

**UWAGA:**

- W przypadku przedsiębiorcy wykonującego działalność gospodarczą krócej niż rok, jego przewidywany obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych, a także średnioroczne zatrudnienie oszacowuje się na podstawie danych za ostatni okres, udokumentowany przez przedsiębiorcę.

- Wyrażone w euro wielkości, przelicza się na złote według średniego kursu ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski   
w ostatnim dniu roku obrotowego wybranego do określenia statusu przedsiębiorcy.

- Określając wielkość przedsiębiorcy należy brać pod uwagę stan zatrudnienia i wielkość obrotów zarówno wnioskodawcy jak również podmiotów z nim powiązanych.

**12.** Liczba pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, lub spółdzielczej umowy o pracę zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. Kodeks Pracy (Dz. U. z 2021r., poz. 1162) na dzień złożenia wniosku:…………

**13.** Forma opodatkowania

□ Karta podatkowa

□ Księga przychodów i rozchodów : □ 18% □ 19% □ 30% □ 32% □ 40%

□ Pełna księgowość : □ 18% □ 19% □ 30% □ 32% □ 40% □ inne

□ Podatek liniowy : □ 19%

□ Ryczałt od przychodów ewidencjonowanych : □ 3% □ 5,5% □ 8,5% □ 17% □ 20% □ inne

□ Zasady ogólne : □ 18% □ 32%

**14.** Kształceniu ustawicznemu podlegać będzie:

pracodawca w liczbie: …………………

pracownik w liczbie: ………………...

**15.** Liczba osób, które mają wziąć udział w kształceniu ustawicznym zgodnie z priorytetami Ministra Rozwoju, Pracy i Technologii na rok 2021:

□ Priorytet 1 - wsparcie kształcenia ustawicznego osób zatrudnionych w firmach, które na skutek obostrzeń zapobiegających rozprzestrzenianiu się choroby COVID–19, musiały ograniczyć swoją działalność – liczba osób………..

□ Priorytet 2 - wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników służb medycznych, pracowników służb socjalnych, psychologów, terapeutów, pracowników domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych, prywatnych domów opieki oraz innych placówek dla seniorów/osób chorych/niepełnosprawnych, które bezpośrednio pracują z osobami chorymi na COVID-19 lub osobami z grupy ryzyka ciężkiego przebiegu tej choroby – liczba osób………...

□ Priorytet 3 - wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych - liczba osób……….

□ Priorytet 4 - wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia – liczba osób……..

□ Priorytet 5 - wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem - liczba osób…….

□ Priorytet 6 - wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych technologii

i narzędzi pracy, w tym także technologii i narzędzi cyfrowych - liczba osób………….

□ Priorytet 7 - wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które nie posiadają świadectwa ukończenia szkoły lub świadectwa dojrzałości - liczba osób……….

□ Priorytet 8 - wsparcie realizacji szkoleń dla 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 - liczba osób………..

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

TAK, w Urzędzie Pracy w ………………………...

NIE

**17**. Nazwisko i imię osoby wskazanej i umocowanej do podpisania umowy (umocowanie to musi wynikać z dokumentów rejestrowych/założycielskich pracodawcy lub załączonych pełnomocnictw)

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

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

      

**19**. Osoba upoważniona ze strony Pracodawcy do kontaktu z Urzędem

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

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

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

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

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

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

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

w tym:

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

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

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

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

**Uwaga:**

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

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

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

**II. Informacje o uczestnikach kształcenia ustawicznego**

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

**III. INFORMACJA O PLANOWANYCH FORMACH KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO W 2021r.**

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

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

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

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

\*należy dodać odpowiednie kolumny aby uwzględnić wszystkie działania

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

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

1. krótki opis obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy w obszarze kształcenia ustawicznego;
2. zgodność kompetencji nabywanych przez uczestników kształcenia ustawicznego z potrzebami lokalnego lub regionalnego rynku pracy;
3. zgodność planowanych działań z określonymi na 2021 rok priorytetami wydatkowania środków KFS;
4. związek wybranych działań z planami dotyczącymi dalszego zatrudnienia uczestników kształcenia ustawicznego.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*(miejscowość, data) (pieczątka i podpis pracodawcy lub*

*osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)*

**V. ZAŁĄCZNIKI:**

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

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

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

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

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

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

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

8.Załącznik nr 4 - Oświadczenie o wielkości otrzymanej pomocy de minimis przez przedsiębiorstwo w okresie bieżącego roku podatkowego oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat podatkowych.

9. Załącznik nr 5 - Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie oraz innej pomocy publicznej przez przedsiębiorstwo w okresie bieżącego roku podatkowego oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat podatkowych.

10. Załącznik nr 6 – Oświadczenie do priorytetu 1

11. Załącznik nr 7 - Oświadczenie do priorytetu 2

12. Załącznik nr 8 - Oświadczenie do priorytetu 5

13. Załącznik nr 9 - Oświadczenie do priorytetu 7

14. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.

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

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

**Oświadczenie Pracodawcy:**

**1.** Jestem pracodawcą w rozumieniu przepisów ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2021r. poz. 1100 z późn. zm.), ponieważ zatrudniam/y co najmniej jednego pracownika.

**2. Nie zalegam / zalegam\*** w dniu złożenia niniejszego wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych.

**3. Nie znajduję / znajduję\*** się w stanie likwidacji i upadłości.

**4. Nie jestem / jestem\*** w trakcie zwolnień grupowych.

**5. Nie mam zadłużenia / mam zadłużenie\* wobec** Skarbu Państwa w opłatach z tytułu podatków**.**

**6. Spełniam/ nie spełniam\*** warunki rozporządzenia komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013r.).

□ nie dotyczy

**7. Spełniam / nie spełniam\*** warunki/ów rozporządzenia komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013r.).

□ nie dotyczy

**8.** Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy ze starostą otrzymam pomoc publiczną.

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

**10.** Oświadczam, że osoby wskazane do udziału w formach kształcenia ustawicznego finansowanego ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego **spełniają / nie spełniają\*** definicji osoby współpracującej zgodnie z art.8 ust. 11 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (za osobę współpracującą uważa się: małżonka, dzieci własne lub dzieci drugiego małżonka i dzieci przysposobione, rodziców oraz macochę i ojczyma pozostających we wspólnym gospodarstwie domowym i współpracujących przy prowadzeniu działalności).

**11. Oświadczam, że wskazane oferty kształcenia ustawicznego obejmują / nie obejmują\* kosztów związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem, przejazdami oraz kosztów delegacji.**

**12.** Oświadczam, że oferta realizatora usługi kształcenia ustawicznego wybrana do realizacji form kształcenia ustawicznego finansowanych ze środków KFS **jest/nie jest\*** konkurencyjna merytorycznie i cenowo w stosunku do ofert innych realizatorów oferujących formy kształcenia o tożsamej tematyce.

**13.** Jestem poinformowany o obowiązku zawarcia umowy z pracownikami, którym zostaną sfinansowane koszty kształcenia ustawicznego.

**14.** Oświadczam, że zapoznałem się z treścią art. 69 a i 69 b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia   
i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1100 z późn. zm.) oraz Rozporządzeniem Ministra Pracy   
i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego   
(Dz. U. z 2018 r. poz. 117).

**15.** Zapoznałam/łem się z zasadami przyznawania środków KFS obowiązującymi w Powiatowym Urzędzie Pracy   
w Sochaczewie i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

**16.** Jestem świadomy(a), że kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego jest finansowane ze środków publicznych i w związku z tym podlega szczególnym zasadom rozliczania.

**17.** Osoby, które zostaną objęte wsparciem KFS są zatrudnione na podstawie umowy o pracę, a czas trwania umowy nie jest krótszy niż czas trwania działań zaplanowanych we wniosku.

**18.** Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Sochaczewie, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy ulegnie zmianie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.

**19.** Znam i rozumiem przepisy wewnątrzwspólnotowe i krajowe dotyczące pomocy publicznej dla przedsiębiorców.

*\**niepotrzebne skreślić

……………………………………………………

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

*Załącznik nr 1*

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

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

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

…………………………………………

(pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby

upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)

*Załącznik nr 2*

……………………………………………………………………….  
 /imię i nazwisko osoby objętej wsparciem z KFS/

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

**OŚWIADCZENIE   
o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych**

Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu przez Powiatowy Urząd Pracy w Sochaczewie dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o których mowa w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE) – zwanym RODO.

Sochaczew, dn. ………………..

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

/czytelny podpis osoby korzystającej

z procesu kształcenia ustawicznego/

*Załącznik nr 3*

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

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

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

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

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

*upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)*

**Załączniki:**

**Oferta wybranego realizatora usługi kształcenia zawierająca:**

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

**kursu/szkolenia,**

**- program kursu/szkolenia.**

*Załącznik nr 3a*

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

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

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

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

*upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)*

**Załączniki:**

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

*Załącznik nr 3b*

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

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

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

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

*upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)*

**Załączniki:**

**Oferta wybranego realizatora usługi kształcenia zawierająca:**

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

*Załącznik nr 3c*

**INFORMACJE DOTYCZĄCE REALIZATORA BADAŃ LEKARSKICH**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i siedziba realizatora  badań |  |
| Rodzaj badań | ⎕ badania lekarskie ⎕ badania psychologiczne |
| Koszt badań  za 1 uczestnika |  |
| Termin realizacji badań  (kwartał/y 2021r.) |  |

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

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

*upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)*

*Załącznik nr 3d*

**INFORMACJE DOTYCZĄCE REALIZATORA UBEZPIECZENIA OD NNW**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa i siedziba realizatora  ubezpieczenia |  |
| Koszt ubezpieczenia  za 1 uczestnika |  |
| Termin realizacji ubezpieczenia  (kwartał/y 2021r.) |  |

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

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

*upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)*

*Załącznik nr 4*

**OŚWIADCZENIE   
O WIELKOŚCI OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS**

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

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

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

REGON……………………………………………………………………………………………………………...

**Oświadczam, że** w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych w/w przedsiębiorstwo **otrzymało** / **nie otrzymało\*** pomoc/(y) de minimis w łącznej wysokości ............................... zł słownie: ………………………………………………………………………………………………………………………

co stanowi .................................. euro, słownie: ……………………………………………….…………………...……………………………………………………………………………………………………………………….

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

**Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy   
de minimis, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy otrzymam pomoc   
de minimis.**

**Prawdziwość danych potwierdzam własnoręcznym podpisem\*\***

…………………………………. ……………………………………….

/miejscowość, data/ /pieczątka i podpis Wnioskodawcy/

Pomoc de minimis w rozumieniu art. 3 Rozporządzenia Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r.,  
w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis  
(Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013), oznacza całkowitą kwotę pomocy przyznaną jednemu przedsiębiorstwu  
w ciągu 3 lat podatkowych oraz przez państwo członkowskie, która łącznie z pomocą udzieloną na podstawie wniosku nie przekroczy równowartości 200 000 euro (100 000 euro w sektorze transportu drogowego towarów). Wartość pomocy jest wartością brutto, tzn. nie uwzględnia potrąceń z tytułu podatków bezpośrednich w przypadku, gdy pomoc przyznawana jest w formie innej niż dotacje, kwotę pomocy stanowi ekwiwalent dotacji brutto pomocy. Pułap ten stosuje się bez względu na formę pomocy i jej cel.

Zgodnie z art. 37 ust. 7 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r., o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej do czasu przekazania przez podmiot ubiegający się o pomoc zaświadczeń, oświadczeń lub informacji o których mowa w art. 37 ust. 1, 2 i 5 ww. ustawy, pomoc nie może być udzielana temu podmiotowi.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*** niepotrzebne skreślić

**\*\***złożenie informacji niezgodnych z prawdą może skutkować koniecznością zwrotu udzielonej pomocy oraz konsekwencjami wynikającymi z ustawy o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.

*Załącznik nr 5*

………………………………….… ……………………………………..…

/pieczątka Wnioskodawcy/ /miejscowość, data/

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że w roku podatkowym, w którym ubiegam się o pomoc de minimis oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat podatkowych w ramach **jednego przedsiębiorstwa***\*(właściwe zaznaczyć)*;

|  |  |
| --- | --- |
|  | □ **nie otrzymałem(am)** pomocy de minimis w rolnictwie,  □ **otrzymałem(am)** pomoc de minimis w rolnictwie w wysokości ………………….……………….. |
|  | □ **nie otrzymałem/am** pomocy de minimis w rybołówstwie,  □ **otrzymałem/am** pomoc de minimis w rybołówstwie w wysokości ……………………………… |
|  | □ **nie otrzymałem/am** innej pomocy publicznej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis,  □ **otrzymałem/am** inną pomoc publiczną, w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis, w wysokości …………………………………………….. |

……………………………………………

/pieczątka i podpis Wnioskodawcy/

Definicja jednego przedsiębiorstwa jest określona w art. 2 ust. 2 rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 roku w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z dnia 24.12.2013r.)

*Załącznik nr 6*

**OŚWIADCZENIE** ( do priorytetu 1)

Spełniam warunki priorytetu **„1 wsparcie kształcenia ustawicznego osób zatrudnionych w firmach, które na skutek obostrzeń zapobiegających rozprzestrzenianiu się choroby COVID-19, musiały ograniczyć swoją   
działalność.**

Oświadczam, że wobec mojej firmy zostały nałożone ograniczenia, nakazy i zakazy w zakresie prowadzonej działalności gospodarczej ustanowione w związku z wystąpieniem stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 46 a i art. 46 b pkt 1-6 i 8-12 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2021 poz. 2069), które przyjęły brzmienie:

art. 46a.W przypadku wystąpienia stanu epidemii lub stanu zagrożenia epidemicznego   
o charakterze i w rozmiarach przekraczających możliwości działania właściwych organów administracji rządowej i

organów jednostek samorządu terytorialnego, Rada Ministrów może określić, w drodze rozporządzenia,   
na podstawie danych przekazanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, ministra właściwego do spraw administracji publicznej, Głównego Inspektora Sanitarnego oraz wojewodów:

1) zagrożony obszar wraz ze wskazaniem rodzaju strefy, na którym wystąpił stan epidemii lub stan zagrożenia epidemicznego;

2) rodzaj stosowanych rozwiązań – w zakresie określonym w art. 46 b – mając na względzie zakres stosowanych

rozwiązań oraz uwzględniając bieżące możliwości budżetu państwa oraz budżetów jednostek samorządu terytorialnego.

art. 46b.W rozporządzeniu, o którym mowa w art. 46 a, można ustanowić:

1) ograniczenia, obowiązki i nakazy, o których mowa w art. 46 ust. 4;

2) czasowe ograniczenie określonych zakresów działalności przedsiębiorców;

3) czasową reglamentację zaopatrzenia w określonego rodzaju artykuły;

4) obowiązek poddania się badaniom lekarskim oraz stosowaniu innych środków profilaktycznych i zabiegów przez osoby chore i podejrzane o zachorowanie;

5) obowiązek poddania się kwarantannie;

6) miejsce kwarantanny;

7) (uchylony)

8) czasowe ograniczenie korzystania z lokali lub terenów oraz obowiązek ich zabezpieczenia;

9) nakaz ewakuacji w ustalonym czasie z określonych miejsc, terenów i obiektów;

10) nakaz lub zakaz przebywania w określonych miejscach i obiektach oraz na określonych obszarach;

11) zakaz opuszczania strefy zero przez osoby chore i podejrzane o zachorowanie;

12) nakaz określonego sposobu przemieszczania się, bądź wynikające z obostrzeń nałożonych przez władze

samorządowe.

Oświadczam, że osoba/y wskazana/e w we wniosku o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy spełnia/ją warunki dostępu   
do priorytetu nr 1, istnieje konieczność nabycia nowych umiejętności czy kwalifikacji w związku   
z rozszerzeniem/przekwalifikowaniem obszaru działalności firmy.

Zakres profilu mojej firmy został rozszerzony/przekwalifikowany na skutek przywołanych wyżej obostrzeń, polegający na: …………………………………………………………….……………………………………………………………..

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

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1 Kodeksu   
karnego.

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

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

*Załącznik nr 7*

**OŚWIADCZENIE** *(do priorytetu 2)*

Osoba/y wskazana/e we wnioskuspełnia/ją warunki dostępu do priorytetu **„2 wsparcie kształcenia   
ustawicznego pracowników służb medycznych, pracowników służb socjalnych, psychologów, terapeutów,   
pracowników domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo – leczniczych, prywatnych domów opieki oraz   
innych placówek dla seniorów/osób chorych/niepełnosprawnych, które bezpośrednio pracują z osobami chorymi na COVID-19 lub osobami z grupy ryzyka ciężkiego przebiegu tej choroby”.**

Jednocześnie informuję o konieczności odbycia wnioskowanej formy w ramach kształcenia ustawicznego lub nabycia określonych umiejętności.

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1 Kodeksu karnego.

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

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

*Załącznik nr 8*

**OŚWIADCZENIE** (do *priorytetu 5)*

Osoba/y wskazana/e we wnioskuspełnia/ją warunki dostępu do priorytetu **„5 wsparcie kształcenia   
ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem”,** tj. w ciągu jednego roku przed datą złożenie wniosku o dofinansowanie podjęły pracę po przerwie spowodowanej sprawowaniem opieki nad dzieckiem.

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1 Kodeksu karnego.

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

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

*Załącznik nr 9*

**OŚWIADCZENIE** (do *priorytetu 7)*

Osoba/y wskazana/e we wnioskuspełnia/ją warunki dostępu do priorytetu **„7 wsparcie kształcenia**

**ustawicznego osób, które nie posiadają świadectwa ukończenia szkoły lub świadectwa dojrzałości”,**

tj. nie ma/mają ukończonej szkoły na jakimkolwiek poziomie lub nie ma/mają świadectwa dojrzałości.

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1 Kodeksu karnego.

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

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