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

 **Starosta Powiatu Sochaczewskiego**

 za pośrednictwem

 **Powiatowego Urzędu Pracy w Sochaczewie**

**Wniosek o przyznanie środków rezerwy 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 (Dz. U. z 2023r., poz. 735 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):

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**9.** 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 2023r., poz. 120 z późn. zm.), zasad prowadzenia odrębnej ewidencji oraz metod przypisywania kosztów i przychodów.

**10.** Średnioroczne zatrudnienie¹ /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 2023r. poz. 221 z późn. zm.).

 mikroprzedsiębiorca² mały przedsiębiorca³ średni przedsiębiorca⁴ inny

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

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

a) zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz;

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

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

a) zatrudniał średniorocznie mniej niż 50 pracowników oraz

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

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

a) zatrudniał średniorocznie mniej niż 250 pracowników oraz

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

**UWAGA:**

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

**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 2023r., poz. 1465) na dzień złożenia wniosku: ……………………………

**13.** Kształceniu ustawicznemu podlegać będzie:

 pracodawca w liczbie: …………………

 pracownik w liczbie: ………………...

**14.** Liczba osób, które mają wziąć udział w kształceniu ustawicznym zgodnie z priorytetami Rady Rynku Pracy na rok 2023:

□ Priorytet 1 - 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 - liczba osób …………………………

□ Priorytet 2 - Wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności - liczba osób …………………………………………………………………………………………………………………………………………..

□ Priorytet 3 - Wsparcie kształcenia ustawicznego w obszarach/branżach kluczowych dla rozwoju powiatu/województwa wskazanych w dokumentach strategicznych/planach rozwoju - liczba osób ……………………………………

□ Priorytet 4 - 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 – liczba osób …………………………………

□ Priorytet 5 - 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 – liczba osób ………………………………………..

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

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

 NIE

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

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

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

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

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

**18**. 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:………………………...……………………………………………………………..………………..…...……………………………z

**Uwaga:**

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

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

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

**III. Informacje o uczestnikach kształcenia ustawicznego**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Liczba pracodawców** | **Liczba pracowników** |
| **razem** | **w tym kobiet** |
| **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 lubo 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, czytaniai 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 naukao kształceniu |  |  |  |
| Sztuka, kultura, rzemiosło artystyczne |  |  |  |
| Technika i handel artykułami technicznymi (w tym: mechanika, metalurgia, energetyka, elektryka, elektronika, telekomunikacja, miernictwo, naprawai 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 jednegoz powyższych obszarów) |  |  |  |

**IV. INFORMACJA O PLANOWANYCH FORMACH KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO W 2023r.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa kursu | Liczba osób | Termin realizacjikursu | Koszt kursu dla 1 uczestnika | Całkowity kosztw zł | Wysokość wkładu własnegopracodawcy w zł | Wnioskowana wysokość środkówrezerwy KFSw zł |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |   |   |  |   |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | RAZEM |  |  |  |   |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Kierunek studiów podyplomowych | Liczba osób | Terminrealizacjistudiówpodypl. | Koszt studiów podypl. dla 1 uczestnika | Całkowity koszt w zł | Wysokość wkładuwłasnego pracodawcyw zł | Wnioskowana wysokośćśrodków rezerwy KFSw zł |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | RAZEM |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Ubezpieczenie odnastępstwnieszczęśliwychwypadków  | Liczba osób | Dataubezpiecz. | Kosztubezpieczenia od NNW dla 1 uczestnika | Całkowity koszt w zł | Wysokość wkładuwłasnegopracodawcy  w zł | Wnioskowana wysokość środkówrezerwy KFSw zł |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | RAZEM |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj badańlekarskich i/lubpsychologicznych wymaganych do podjęcia kształcenia lub pracyzawodowej po ukończonym kształceniu | Liczba osób | Terminrealizacji | Koszt badań dla 1 uczestnika | Całkowity koszt w zł | Wysokośćwkładu własnego pracodawcyw zł | Wnioskowana wysokość środkówrezerwy KFSw zł |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | RAZEM |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj egzaminu | Liczba osób | Termin realizacjiegzaminu | Koszt kursu dla 1 uczestnika | Całkowity kosztw zł | Wysokość wkładu własnegopracodawcy w zł | Wnioskowana wysokość środkówrezerwy KFSw zł |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |   |   |  |   |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | RAZEM |  |  |  |   |  |  |

\*należy dodać odpowiednie kolumny aby uwzględnić wszystkie działania

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

1. krótki opis obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy w obszarze kształcenia ustawicznego;
2. zgodność kompetencji nabywanych przez uczestników kształcenia ustawicznego z potrzebami lokalnego lub regionalnego rynku pracy;
3. zgodność planowanych działań z określonymi na 2023 rok priorytetami wydatkowania środków rezerwy KFS;
4. związek wybranych działań z planami dotyczącymi dalszego zatrudnienia uczestników kształcenia ustawicznego oraz działalności firmy w przyszłości.

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

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

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

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

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

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

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

**VI. ZAŁĄCZNIKI:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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 (Dz. U. z 2023r. poz. 735 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 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013r.).

 □ 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 rezerwy 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 rezerwy 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 (Dz. U. z 2023r. poz. 735 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 rezerwy 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 z rezerwy 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.

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

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

 *upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)*

*\**niepotrzebne skreślić

*Załącznik nr 1*

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imięi nazwiskoPesel | Poziom wykształ-cenia | Priorytet | Forma i nazwakształceniaustawicznego | Zajmowanestanowisko/stanowisko po zakończ.kształceniaustawicznego | Formai okres zatrudnienia | Realizator usługikształcenia ustawicznego | Terminrealizacjiod-do (dd/mm/rr) | Koszt kształceniaustawicz. | Wysokość wkładu własnego | Kwota wnioskowana z rezerwyKFS |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Łącznie na jednego uczestnika: |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Łącznie na jednego uczestnika: |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Łącznie na jednego uczestnika: |  |  |  |
| Łącznie całkowita wysokość wydatków |  |  |  |

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

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

  *(pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby*

 *upoważnionej do reprezentowania pracodawcy*

  *Załącznik nr 2*

………………………………………………………………………………………..

/imię i nazwisko osoby objętej wsparciem z rezerwy KFS/

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

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

**w Sochaczewie**

Na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej RODO) informujemy, że Administratorem Państwa danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Sochaczewie reprezentowany przez Dyrektora. Administrator przetwarza Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b oraz c RODO, tj. wykonanie umowy oraz w związku z ustawą z dnia 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. Szczegółowe informacje na temat zasad przetwarzania danych przez Administratora w tym opis praw przysługujących Państwu w związku z przetwarzaniem danych, jest dostępny na stronie internetowej Urzędu Pracy w zakładce „Ochrona danych osobowych” oraz w siedzibie Urzędu.

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

  *(data, czytelny podpis osoby korzystającej*

 *z procesu kształcenia ustawicznego)*

*Załącznik nr 3*

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Oferta I**(oferta wybranego realizatora usługi kształcenia) | **Oferta II** | **Oferta III** |
| Nazwa i siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego |  |  |  |
| Rodzaj dokumentu, na podstawie którego realizator prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego/np. CEIDG, KRS, Decyzja Kuratora Oświaty, inne – podać jakie/ |  |  |  |
| Nr PKD realizatora |  |  |  |
| Certyfikaty jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego/np. ISO, TUV, MSUES, VCC, Akredytacja Kuratorium Oświaty, Akredytacja Centrów Egzaminacyjnych ECDL, inne - podać jakie/ |  |  |  |
| Nazwa kursu/szkolenia |  |  |  |
| Liczba godzin kursu/szkolenia |   |   |   |
| Koszt kursu/szkoleniaza 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 REZERWY 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 podyplomowychza 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 REZERWY 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 egzaminuza 1 uczestnika |  |  |  |
| Koszt osobogodziny/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 realizatorabadań |  |
| Rodzaj badań |   ⎕ badania lekarskie ⎕ badania psychologiczne |
| Koszt badań za 1 uczestnika |  |
| Termin realizacji badań(kwartał/y 2023r.) |  |

**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 realizatoraubezpieczenia |  |
| Koszt ubezpieczenia za 1 uczestnika |  |
| Termin realizacji ubezpieczenia(kwartał/y 2023r.) |  |

**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 24.12.2013r.), 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*

…………………………………………….

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

lub nazwa podmiotu, w imieniu którego składane jest oświadczenie

**Oświadczenie o braku istnienia wykluczających powiązań**

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

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

1. Ustawa z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U.
z 2022 poz. 835), która weszła w życie 16 kwietnia 2022 r., zwana dalej: „ustawą”;
2. Rozporządzenie Rady (WE) nr 765/2006 z dnia 18 maja 2006 r. dotyczące środków ograniczających w związku z sytuacją na Białorusi i udziałem Białorusi w agresji Rosji wobec Ukrainy
(Dz. U. UE L 134 z 20.5.2006, str.1, z późn. zm.);
3. Rozporządzenie Rady (UE) nr 269/2014 z dnia 17 marca 2014 r. w sprawie środków ograniczających w odniesieniu do działań podważających integralność terytorialną, suwerenność i niezależność Ukrainy lub im zagrażających (Dz. U. UE L 78 z 17.3.2014, str.6, z późn. zm.);
4. Rozporządzenie Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczące środków
ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie
(Dz. U. UE L 229 z 31.07.2014, str.1, z późn. zm.);
5. Komunikat Komisji Europejskiej pn. *Tymczasowe kryzysowe ramy środków pomocy państwa
w celu wsparcia gospodarki po agresji Rosji wobec Ukrainy* (Dz. U. UE C 131 z 24.3.2022, str.1).

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

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

Ponadto zobowiązuję(my) się niezwłocznie poinformować (najpóźniej w ciągu 3 dni roboczych) Powiatowy Urząd Pracy w Sochaczewie o wystąpieniu przesłanek wykluczenia, tj. wpisaniu na listę,
o której mowa w art. 2 ust. 1 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach
w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa
narodowego (Dz. U. z 2022 poz. 835).

 ………………………………………………………..

data i podpis osoby składającej oświadczenie

 lub osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu

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

…………………………………………………

Podpis i pieczątka pracownika
Powiatowego Urzędu Pracy w Sochaczewie

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