miejscowość, data ………………..…………………

**Urząd Pracy Powiatu Olsztyńskiego**

**KRAJOWY FUNDUSZ SZKOLENIOWY**

**Wniosek o dofinansowanie kształcenia ustawicznego z rezerwy KFS**

podstawa prawna: art. 69a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
(DZ. U. z 2025 r. poz. 214 z późn. zm.), rozporządzenie MRPiPS z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018 r., poz. 117).

DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY:

1. Nazwa i adres siedziby Pracodawcy ....................................................................................................................................................

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

tel.  tel. kom.

e-mail ..............................................................................................

adres skrzynki do e-doręczeń (jeżeli posiada) ..................................................................................................

NIP ---, REGON , PKD\*

\*przeważajace PKD

nazwa banku i numer konta ...............................................................................................................................................................

nr

*(należy wskazać bieżący rachunek firmy – nieoprocentowan*y)

Miejsce prowadzenia działalności pracodawcy ....................................................................................................................................................

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

Miejsce wykonywania pracy osób wskazanych do kształcenia ustawicznego ....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................
DANE DODATKOWE W PRZYPADKU OSÓB FIZYCZNYCH PROWADZĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ POSIADAJĄCYCH WPIS DO CEIDG:

ADRES ZAMIESZKANIA:...................................................................................................................................

PESEL

2. Forma organizacyjno-prawna prowadzonej działalności ....................................................................................................................................................

(np. jednoosobowa działalność gospodarcza, spółka cywilna, spółka z. o.o. itp.)

3. Rodzaj prowadzonej działalności .................................................................................................................................................

data rozpoczęcia --

4. Stan zatrudnienia u pracodawcy na dzień składania wniosku tj. .................................. (wpisać datę złożenia wniosku) w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy w ramach umowy o pracę wynosi .................. osób, tj. ................. etat/etatów.

5. Dane osoby upoważnionej do kontaktu z Urzędem ze strony pracodawcy:

Imię i nazwisko ………………………………………………….

Telefon …………………………………………………………

Fax ……………………………………… e-mail ……………………………………

**INFORMACJE DOTYCZĄCE WSPARCIA Z REZERWY KFS**

1. **Wnioskowana forma kształcenia ustawicznego** ………………………………..........................................................................................................

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

*(np. kurs, studia podyplomowe, egzaminy, badania lekarskie/psychologiczne, ubezpieczenie NNW itp.* ***wraz z nazwą szkoleń/studiów podyplomowych/egzaminów****)*

1. **W 2025 roku w ramach środków z rezerwy KFS możliwe jest sfinansowanie kosztu kształcenia:**
* **w 80% kosztów kształcenia ustawicznego, nie więcej jednak niż 300% przeciętnego wynagrodzenia
w danym roku na jednego uczestnika (w przypadku małych, dużych i średnich firm);**
* **w 100% kosztów kształcenia ustawicznego – jeśli wnioskodawca jest mikroprzedsiębiorcą, nie więcej jednak niż 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika.**

**Do kosztów kształcenia na osobę zalicza się koszty: kursów i studiów podyplomowych, egzaminów umożliwiających 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.**

**Jeśli cena kursu jest wyższa od ww. kwoty – koszty powyżej tego limitu nie będą finansowane z rezerwy KFS.**

1. **Całkowita wartość planowanych działań kształcenia ustawicznego netto (bez VAT): ……………………………… zł**

w tym:

* **kwota wnioskowana z rezerwy KFS**: ……………………..… **zł netto (bez VAT)** (słownie)

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

**80% powyższej kwoty na jednego uczestnika,**

**100% powyższej kwoty na jednego uczestnika jeśli pracodawca należy do grupy mikroprzedsiębiorców.**

* **kwota wkładu własnego**: ……………………..… zł (słownie) ……………………………………………..……

**NIE NALEŻY UWZGLĘDNIAĆ W KOSZCIE KSZTAŁCENIA KOSZTÓW WYŻYWIENIA, ZAKWATEROWANIA I DOJAZDU.**

1. **Liczba skierowanych osób, zgodnie z priorytetami na 2025 rok:**

**PRIORYTET 10)** **Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób po 50 roku życia …….** liczba osób.

**UZASADNIENIE kształcenia ustawicznego pracodawcy/pracowników przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy *(jeśli dotyczy)*:**

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

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

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

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

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

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

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

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

***UWAGA:*** *Osoba wskazana do kształcenia ustawicznego w ramach tego priorytetu musi mieć ukończony 50 rok życia.*

*Urząd dokona oceny w oparciu o złożone przez pracodawcę oświadczenie we wniosku o dofinansowanie, uzasadnienie oraz program kształcenia.*

**PRIORYTET 11)** - **Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności** .…………… (liczba osób).

**UZASADNIENIE kształcenia ustawicznego pracodawcy/pracowników przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy *(jeśli dotyczy)*:**

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

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

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

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

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

***UWAGA:*** *Pracodawca powinien przedstawić dokument lub oświadczenie o posiadaniu przez kandydata na szkolenie orzeczenia o niepełnosprawności.*

*Urząd dokona oceny w oparciu o złożone przez pracodawcę oświadczenie we wniosku o dofinansowanie, uzasadnienie oraz program kształcenia.*

**PRIORYTET 12)** - **Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób z niskim wykształceniem** .………… (liczba osób).

**UZASADNIENIE kształcenia ustawicznego pracodawcy/pracowników przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy *(jeśli dotyczy)*:**

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

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

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

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

***UWAGA:*** *Osoba wskazana do kształcenia ustawicznego w ramach tego priorytetu musi posiadać niskie wykształcenie tj. brak świadectwa dojrzałości, w tym brak szkoły na jakimkolwiek poziomie.*

*Urząd dokona oceny w oparciu o złożone przez pracodawcę oświadczenie we wniosku o dofinansowanie, uzasadnienie oraz program kształcenia.*

**PRIORYTET 13)** - **Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w obszarach/branżach, które powiatowe urzędy pracy określają na podstawie wybranych przez siebie dokumentów strategicznych, analiz czy planów rozwoju jako istotne dla danego powiatu czy województwa**.……………… (liczba osób).

**UZASADNIENIE kształcenia ustawicznego pracodawcy/pracowników przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy *(jeśli dotyczy)*:**

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

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

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

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

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

***UWAGA:*** *Pracodawca chcący skorzystać z dofinansowania w ramach tego priorytetu powinien wykazać, że jego główna działalność (według stanu na 1 stycznia 2025r.) w dokumencie rejestrowym firmy (wypis z KRS/ wpis do CEiDG) znajduje się
w grupie poniższych branż istotnych dla rozwoju powiatu/województwa:*

* usługi medyczne (stomatolodzy, lekarze specjaliści, pielęgniarki i położne)
i usługi około medyczne (fizjoterapeuci i rehabilitanci),
* usługi opiekuńcze skierowane do osób starszych i z niepełnosprawnościami (usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze).
* wsparcie kształcenia nauczycieli praktycznej nauki zawodu oraz szkolenia branżowe dla nauczycieli kształcenia zawodowego,
* rolnicza (rolnictwo ekologiczne - produkcja przetwórstwo),
* turystyczna (hotelarstwo, gastronomia, rozwój agroturystyki).
1. **Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osób, które będą objęte kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków rezerwy KFS po jego zakończeniu**

***(proszę podkreślić i skomentować odpowiedź TAK lub podkreślić NIE)***

**Tak – jakie:**

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

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

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

**Nie**

1. **Informacja na temat planów, co do działania firmy w przyszłości (rozwój, zmiana lub rozszerzenie profilu działalności itp.) po zakończonym kształceniu**

 ***(proszę podkreślić i skomentować odpowiedź TAK lub podkreślić NIE)***

**Tak – jakie:**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Nie**

………………………………………

czytelny podpis pracodawcy/osoby upoważnionej

do reprezentowania pracodawcy lub pieczątka imienna z parafką

***W poniższej tabeli należy wskazać nazwy kształcenia ustawicznego i koszty dla każdego pracownika/pracodawcy***

1. **Zestawienie wydatków na kształcenie ustawiczne i informacje o uczestnikach kształcenia ustawicznego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMA KSZTAŁCENIA** | **Liczba pracowników/****pracodawca** | **Priorytet** | **Nazwa kształcenia** | **Aktualnie wykonywany zawód/nazwa stanowiska osoby wskazanej do kształcenia** | **TERMIN REALIZACJI WSKAZANYCH DZIAŁAŃ** **(od… do…) / LICZBA GODZIN** | **CAŁKOWITY KOSZT NETTO KSZTAŁCENIANA JEDNEGO UCZESTNIKA** | **LICZBA UCZESTNIKÓW:** |
| Ogółem/w tym kobiet | 15-24 lata/ w tym kobiet | 25-34 lata/ w tym kobiet | 35-44 lata/ w tym kobiet | 45 lat i więcej/ w tym kobiet |
| **SZKOLENIA** | Pracodawca *(jeśli wskazany do kształcenia)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **STUDIA PODYPLOMOWE** | Pracodawca *(jeśli wskazany do kształcenia)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **EGZAMINY** umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych | Pracodawca *(jeśli wskazany do kształcenia)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **BADANIA LEKARSKIE I PSYCHOLOGICZNE** wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu | Pracodawca *(jeśli wskazany do kształcenia)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **UBEZPIECZENIE** od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem | Pracodawca *(jeśli wskazany do kształcenia)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**UWAGA!**

# Środki rezerwy KFS przekazane pracodawcom prowadzącym działalność gospodarczą w rozumieniu prawa konkurencji UE stanowią dla przedsiębiorcy pomoc *de minimis*, o której mowa we właściwych przepisach prawa UE dotyczących pomocy *de minimis* oraz pomocy *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie. W przypadku, gdy pracodawca podlega przepisom o pomocy publicznej, zastosowanie ma rozporządzenie komisji (UE) Nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art.107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis lub rozporządzenie 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 lub rozporządzenie komisji (WE) Nr 875/2007 z dnia 24 lipca 2007 r. w sprawie stosowania art. 87 i 88 Traktatu WE w odniesieniu do pomocy w ramach zasad de minimis dla sektora rybołówstwa i zmieniające rozporządzenie (WE) nr 1860/2004.

* Pracodawca może ubiegać się maksymalnie o jedno wsparcie na kształcenie ustawiczne dla jednego pracownika/pracodawcy. Wyjątek stanowią szkolenia modułowe, wymagające przejścia cyklu kilku szkoleń, aby uzyskać niezbędne uprawnienia.
* Środki na kształcenie ustawiczne w ramach rezerwy KFS będą przekazywane na rachunek pracodawcy po zawarciu umowy z urzędem pracy oraz po złożeniu wniosku o wypłatę dofinansowania. W przypadku kursów/studiów podyplomowych/egzaminów dodatkowym załącznikiem do wniosku będzie dokument wystawiony przez organizatora kształcenia/instytucję uprawnioną potwierdzający termin rozpoczęcia kształcenia ustawicznego.

**Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i § 6 Kodeksu Karnego za złożenie fałszywych oświadczeń.**

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

(data)

 czytelny podpis pracodawcy/osoby upoważnionej

 do reprezentowania pracodawcy lub pieczątka imienna z parafką

**Załączniki:**

**UWAGA :**

**Podmioty gospodarcze prowadzące działalność gospodarczą i podlegające w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej dołączają do wniosku:**

1. Kopię dokumentu potwierdzającego oznaczenie podstawy prawnej funkcjonowania jednostki – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej. **Wniosek bez niniejszego załącznika nie będzie rozpatrywany;**
2. Kopia umowy spółki w przypadku spółek prawa cywilnego;
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis – załącznik nr 1. **Wniosek bez niniejszego załącznika nie będzie rozpatrywany**;
4. Oświadczenie – załącznik Nr 2;
5. Oświadczenie o pomocy de minimis – załącznik Nr 3. **Wniosek bez niniejszego załącznika nie będzie rozpatrywany;**
6. Program kształcenia ustawicznego zawierający tematykę zajęć i liczbę godzin lub zakres egzaminu (sporządzony przez organizatora kształcenia). **Wniosek bez niniejszego załącznika nie będzie rozpatrywany**;
7. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawionego przez realizatora usługi kształcenia (sporządzony przez organizatora kształcenia). **Wniosek bez niniejszego załącznika nie będzie rozpatrywany;**
8. Informacja o wyborze realizatora kształcenia ustawicznego wraz z uzasadnieniem – załącznik Nr 5;
9. W przypadku, gdy pracodawcę lub przedsiębiorcę reprezentuje pełnomocnik, do wniosku musi być załączone pełnomocnictwo określające jego zakres i podpisane przez osoby uprawnione do reprezentacji pracodawcy lub przedsiębiorcy. Pełnomocnictwo należy przedłożyć w oryginale, w postaci notarialnie potwierdzonej kopii lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez osobę lub osoby udzielające pełnomocnictwa (tj. osobę lub osoby uprawnione do reprezentacji pracodawcy lub przedsiębiorcy). Podpis lub podpisy osób uprawnionych do występowania w obrocie prawnym w imieniu pracodawcy muszą być czytelne lub opatrzone pieczątkami imiennymi;

**Podmioty, które nie podlegają przepisom dotyczącym pomocy publicznej dołączają do wniosku:**

1. Kopię dokumentu potwierdzającego oznaczenie podstawy prawnej funkcjonowania jednostki – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej. **Wniosek bez niniejszego załącznika nie będzie rozpatrywany;**
2. Kopia umowy spółki w przypadku spółek prawa cywilnego;
3. Oświadczenie – załącznik Nr 2;
4. Oświadczenie o niepodleganiu ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej - załącznik Nr 4. **Wniosek bez niniejszego załącznika nie będzie rozpatrywany;**
5. Program kształcenia ustawicznego zawierający tematykę zajęć i liczbę godzin lub zakres egzaminu (sporządzony przez organizatora kształcenia). **Wniosek bez niniejszego załącznika nie będzie rozpatrywany;**
6. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawionego przez realizatora usługi kształcenia (sporządzony przez organizatora kształcenia). **Wniosek bez niniejszego załącznika nie będzie rozpatrywany;**
7. Informacja o wyborze realizatora kształcenia ustawicznego wraz z uzasadnieniem– załącznik Nr 5;
8. W przypadku, gdy pracodawcę lub przedsiębiorcę reprezentuje pełnomocnik, do wniosku musi być załączone pełnomocnictwo określające jego zakres i podpisane przez osoby uprawnione do reprezentacji pracodawcy lub przedsiębiorcy. Pełnomocnictwo należy przedłożyć w oryginale, w postaci notarialnie potwierdzonej kopii lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez osobę lub osoby udzielające pełnomocnictwa (tj. osobę lub osoby uprawnione do reprezentacji pracodawcy lub przedsiębiorcy). Podpis lub podpisy osób uprawnionych do występowania w obrocie prawnym w imieniu pracodawcy muszą być czytelne lub opatrzone pieczątkami imiennymi;

**Urząd może zażądać innych dokumentów i informacji umożliwiających rozpatrzenie wniosku.**

Załącznik Nr 2

**Oświadczenia**

1. **Oświadczam**, że liczba osób zatrudnionych na umowę o pracę (zatrudniony na umowę
o pracę/powołania/ wyboru/mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę) zgodnie z art. 2 ustawy Kodeks pracy, w przeliczeniu na pełen wymiar czasu pracy w mojej firmie w **dniu składania wniosku** (data) ...................... wynosi ......................................... (bez pracowników młodocianych, umów zleceń, umów o dzieło, osób przebywających na urlopach macierzyńskich, urlopach bezpłatnych oraz wychowawczych).
2. **Oświadczam**, że osoba/y, która/e będzie/będą korzystała/y z kształcenia ustawicznego zatrudniona/e jest/są **na podstawie umowy o pracę** powołania/ wyboru/mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę zgodnie z art. 2 ustawy Kodeks pracy.Ww. osoby nie przebywają na urlopie macierzyńskim/ojcowskim/wychowawczym. Ponadto oświadczam, że w przypadku zatrudnienia pracowników na czas określony czas trwania umowy o pracę nie jest krótszy niż termin zakończenia wskazanego kształcenia.
3. **Oświadczam,** że osoby wskazane we wniosku do kształcenia ustawicznego w ramach
Priorytetu 10 są pracownikami **powyżej 50 roku życia** ……………………… *(liczba osób)*

**TAK / NIE** \*niepotrzebne skreślić

1. **Oświadczam,** że osoby wskazane we wniosku do kształcenia ustawicznego w ramach
Priorytetu 11 są pracownikami **z orzeczonym stopniem niepełnosprawności**………… *(liczba osób)*

**TAK / NIE** \*niepotrzebne skreślić

1. **Oświadczam,** że osoby wskazane we wniosku do kształcenia ustawicznego w ramach
Priorytetu 12 są pracownikami **z niskim wykształceniem**………… *(liczba osób)*

**TAK / NIE** \*niepotrzebne skreślić

1. **Oświadczam,** że posiadam/nie posiadam\* powiązań z Federacją Rosyjską/Republiką

Białorusi.

\*niepotrzebne skreślić

1. **Oświadczam**, że firma (pracodawca lub pracownicy) **KORZYSTAŁA / NIE KORZYSTAŁA\***
w okresie ostatnich 2 lat (2023-2024) ze środków KFS/rezerwy KFS.

 \*niepotrzebne skreślić

1. **Oświadczam,** że zapoznałam/zapoznałem się z kryteriami i zasadami rozpatrywania wniosków
o dofinansowanie kształcenia ustawicznego w ramach rezerwy KFS.

1. **Oświadczam,** że koszt kształcenia wykazany we wniosku nie zawiera kosztów zakwaterowania, wyżywienia i dojazdu.

1. Informacja dotycząca ochrony danych osobowych klienta dostępna jest w siedzibie urzędu oraz na stronie internetowej Urzędu w zakładce → Urząd →ochrona danych osobowych.

**Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą ochrony danych osobowych prezentowaną w ogłoszeniu naboru wniosków o przyznanie środków
z rezerwy Krajowego Funduszu Szkoleniowego (KFS) na finansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy.**

1. **Oświadczam,** że **JESTEM / NIE JESTEM\*** mikroprzedsiębiorcą zgodnie z ustawą z dnia
6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców

*(Mikroprzedsiębiorcą – w myśl art. 7 ust. 1 pkt 1 polskiej*[*ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców*](https://pl.wikipedia.org/wiki/Prawo_przedsi%C4%99biorc%C3%B3w)*(*Dz.U. z 2024 r. poz. 236 ze zm.*) jest 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)*

\*niepotrzebne skreślić

**Oświadczam, że zostałem/-am pouczony/-a, że złożenie oświadczenia niezgodnego
z prawdą lub zatajenie w nim prawdy, grozi kara pozbawienia wolności do lat trzech, na podstawie art. 233 § 1 i § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny.**

………………………………………

czytelny podpis pracodawcy/osoby upoważnionej

do reprezentowania pracodawcy lub pieczątka imienna z parafką

***UWAGA! Wniosek, który nie zawiera wszystkich wymaganych załączników pozostaje bez rozpatrzenia.***

Załącznik Nr 3

**Oświadczenie o pomocy de minimis**

1. Oświadczam, że w okresie minionych trzech lat\*:
* nie uzyskałem/am pomocy de minimis
* nie uzyskałem/am pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie
* uzyskałem/am pomoc de minimis w wysokości (wartość w euro) : ..................…….
* uzyskałem/am pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie w wysokości (wartość w euro) : .............……………………………………………………………….
1. Oświadczam, że wnioskowana pomoc będzie / nie będzie\* powiązana z działalnością związaną z wywozem do państw trzecich lub państw członkowskich UE, tzn. bezpośrednio związana z ilością wywożonych produktów, tworzeniem i prowadzeniem sieci dystrybucyjnej lub innymi wydatkami bieżącymi związanymi z prowadzeniem działalności wywozowej.

**\* niepotrzebne skreślić**

**Zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić o możliwości przekroczenia granic dopuszczalności pomocy.**

Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne z prawdą.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 i § 6 Kodeksu Karnego za złożenie fałszywych oświadczeń.

 .....…...…...………., dnia ……………………

 miejscowość

………………………………………

czytelny podpis pracodawcy/osoby upoważnionej

do reprezentowania pracodawcy lub pieczątka imienna z parafką

Załącznik Nr 4

**\***Beneficjent pomocy publicznej **– podmiot prowadzący działalność gospodarczą, bez względu na formę organizacyjno – prawną oraz sposób finansowania, który ubiega się o pomoc publiczną (ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej).**

..........................., dnia ...........................

**O Ś W I A D C Z E N I E**

**Oświadczam, że** *.......................................................................................................................................................................................................................................*........................................................................................*.*

 **( nazwa pracodawcy)**

**JEST / NIE JEST\* beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.**

Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne z prawdą.

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 i §6 Kodeksu Karnego za złożenie fałszywych oświadczeń.**

\* niepotrzebne skreślić

 ………………………………………

czytelny podpis pracodawcy/osoby upoważnionej

do reprezentowania pracodawcy lub pieczątka imienna z parafką

Załącznik nr 5

INFORMACJA O WYBORZE REALIZATORA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO WRAZ
Z UZASADNIENEIM

**DLA KAŻDEJ FORMY KSZTAŁCENIA NALEŻY UZUPEŁNIĆ PONIŻSZĄ TABELĘ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Forma kształcenia *(szkolenie/studia podyplomowe/egzamin)*** | Forma kształcenia:…………………………………………………….stacjonarne/on-line ………………………………..(wpisać właściwe) |
| **Nazwa i liczba godzin kształcenia ustawicznego** | **Nazwa szkolenia: ……………………………………………………..****Liczba godzin: …………………………………………………….….** |
| **Nazwa i siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego** | Nazwa i siedziba realizatora kształcenia: ……………………………………………………………………….. |
| **Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego** | Uzasadnienie**…………………………………………………………………………………****…………………………………………………………………………………………………..** |
| **Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego – WYMIENIĆ RODZAJE CERTYFIKATÓW, a w przypadku kursów – posiadanie dokumentu, na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego (PODAĆ RODZAJ DOKUMENTU WRAZ ZE WSKAZANIEM KODU PKD)****DOŁĄCZYĆ KOPIE POSIADANYCH CERTYFIKATÓW** | **Wymienić rodzaje certyfikatów jakości usług posiadanych przez realizatora kształcenia (dołączyć kopie posiadanych certyfikatów):****…………………………………………………………………………………………………..****…………………………………………………………………………………………………..****…………………………………………………………………………………………………..****…………………………………………………………………………………………………..****Rodzaj dokumentu na podstawie, którego realizator kształcenia prowadzi swoją działalność (CEiDG, KRS, itp.) ……………………………………………...........................****Kod PKD realizatora kształcenia……………………………………………….** |
| **Informacje w zakresie prowadzenia przez realizatora kształcenia ustawicznego analiz skuteczności usług, o ile są pracodawcy znane**  | **TAK/NIE\*** |
| **Cena usługi kształcenia ustawicznego w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku o ile są dostępne** **WSKAZAĆ CENY CO NAJMNIEJ TRZECH INNYCH REALIZATORÓW KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO** | **CENAWYBRANEJ INSTYTUCJI****(NETTO** **bez VAT)** | **ROZEZNANIE CENOWE** |
| **INSTYTUCJA NR I**…….……………………............………………………………….…………………………….……(nazwa i adres instytucji) | **INSTYTUCJA NR II**…….……………………..............……………………………….......…………………………………...(nazwa i adres instytucji) | **INSTYTUCJA NR III**…….……………………..............……………………………….......…………………………………...(nazwa i adres instytucji) |
| **CENA INSTYTUCJI WYBRANEJ****bez kosztów zakwaterowania, wyżywienia i dojazdu** | **CENA INSTYTUCJI NR I****bez kosztów zakwaterowania, wyżywienia i dojazdu** | **CENA INSTYTUCJI** **NR II****bez kosztów zakwaterowania, wyżywienia i dojazdu** | **CENA INSTYTUCJI** **NR III****bez kosztów zakwaterowania, wyżywienia i dojazdu** |
| **CENA ZA SZKOLENIE** | **CENA ZA JEDNĄ GODZINĘ SZKOLENIA** | **CENA ZA SZKOLENIE** | **CENA ZA JEDNĄ GODZINĘ SZKOLENIA** | **CENA ZA SZKOLENIE** | **CENA ZA JEDNĄ GODZINĘ SZKOLENIA** | **CENA ZA SZKOLENIE** | **CENA ZA JEDNĄ GODZINĘ SZKOLENIA** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

\*niepotrzebne skreślić

**Oświadczam, że planowane działania kształcenia ustawicznego powierzone zostaną do realizacji podmiotowi, z którym nie jestem powiązana/y osobowo lub kapitałowo.**

………………………………………

czytelny podpis pracodawcy/osoby upoważnionej

do reprezentowania pracodawcy lub pieczątka imienna z parafką