**Załącznik nr 4do Wniosku o przyznanie środków z KFS na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawców**

WYKAZ OSÓB OBJĘTYCH KSZTAŁCENIEM USTAWICZYM

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **1.**  Imię i nazwisko uczestnika: ………………………………………………………………………  Wiek…………………………..Wykształcenie: …………………………………………………..  Zajmowane stanowisko: ………………………………………………………………………….  Forma zatrudnienia i okres umowy (od…do…)…………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………………………..  Osoba spełnia priorytet: nr. 🞏 1 🞏 2 🞏 3 🞏 4 🞏 5 🞏 6 🞏 7  Rezerwa: 🞏 a 🞏 b 🞏 c 🞏 d 🞏 e  Osoba posiada stopień niepełnosprawności 🞏 TAK 🞏 NIE  Osoba pracuje w szczególnych warunkach lub wykonuje pracę o szczególnym charakterze  🞏 TAK 🞏 NIE | Rodzaj i nazwa kształcenia ustawicznego | Okres realizacji | Kwota | Liczba godzin | | Kursy ………………………………………..  ………………………………………………. |  |  |  | | Studia podyplomowe………………………...  ………………………………………………. |  |  |  | | Egzaminy…………………………………….  ………………………………………………. |  |  |  | | Badania lekarskie i/lub psychologiczne |  |  |  | | Ubezpieczenie NNW |  |  |  | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **2.**  Imię i nazwisko uczestnika: ………………………………………………………………………  Wiek…………………………..Wykształcenie: …………………………………………………..  Zajmowane stanowisko: ………………………………………………………………………….  Forma zatrudnienia i okres umowy (od…do…)…………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………………………..  Osoba spełnia priorytet: nr. 🞏 1 🞏 2 🞏 3 🞏 4 🞏 5 🞏 6 🞏 7  Rezerwa: 🞏 a 🞏 b 🞏 c 🞏 d 🞏 e  Osoba posiada stopień niepełnosprawności 🞏 TAK 🞏 NIE  Osoba pracuje w szczególnych warunkach lub wykonuje pracę o szczególnym charakterze  🞏 TAK 🞏 NIE | Rodzaj i nazwa kształcenia ustawicznego | Okres realizacji | Kwota | Liczba godzin | | Kursy ………………………………………..  ………………………………………………. |  |  |  | | Studia podyplomowe………………………...  ………………………………………………. |  |  |  | | Egzaminy…………………………………….  ………………………………………………. |  |  |  | | Badania lekarskie i/lub psychologiczne |  |  |  | | Ubezpieczenie NNW |  |  |  | |

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1 Kodeksu karnego „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8”, w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuje, oświadczam że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym.

…..…………………………………………………

(data, podpis i imienna pieczątka Pracodawcy lub osoby

upoważnionej do składania oświadczeń w imieniu Pracodawcy)