**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 🞏 eOsoba posiada stopień niepełnosprawności 🞏 TAK 🞏 NIEOsoba 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 🞏 eOsoba posiada stopień niepełnosprawności 🞏 TAK 🞏 NIEOsoba 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)