…………………………………………

 Pieczęć firmowa Wnioskodawcy

**Wykaz osób, które mają zostać objęte działaniami finansowanymi z udziałem środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Pracodawca/****Pracownik\*** | **Wiek** | **Wykształcenie\*\*** | **Praca w szczególnych warunkach lub szczególnym charakterze\*\*\*** | **Data zatrudnienia** | **Czas trwania umowy\*\*\*\*** | **Zajmowane stanowisko pracy, zawód** | **Nr priorytetu** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* Należy wpisać odpowiednio: pracodawca lub pracownik.

\*\* Należy wpisać odpowiednio: gimnazjalne i poniżej, zasadnicze zawodowe, średnie ogólnokształcące, policealne i średnie zawodowe, wyższe.

\*\*\* Należy wpisać odpowiednia TAK lub NIE.

\*\*\*\* W przypadku umowy na czas określony należy podać datę końca umowy.

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1 Kodeksu karnego oświadczam, że wszystkie zgłoszone osoby, które mają zostać objęte działaniami finansowymi w ramach środków KFS:

* zatrudnione są na podstawie umowy o pracę / powołania /wyboru / mianowania / spółdzielczej umowy o pracę,
* wyrazili zgodę na przekazanie swoich danych osobowych do Powiatowego Urzędu Pracy w Międzychodzie dla celów związanych z rozpatrzeniem wniosku oraz realizacją umowy w sprawie finansowania działań obejmujących kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy z Krajowego Funduszu Szkoleniowego,
* zostali zapoznani z treścią Klauzuli informacyjnej w związku z przetwarzaniem danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Międzychodzie.

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

 /Miejscowość i data/ / podpis i pieczątka Pracodawcy/

………………………………………………………….

 Pieczęć firmowa Wnioskodawcy

**Wykaz działań realizowanych w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego dla poszczególnych osób**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Kursy | Studia podyplomowe | Egzaminy | Badania lekarskie | Ubezpieczenie NNW |
| Nazwa :…………………………………………….…………………………………………….. | Nazwa:………………………………………….…………………………………………. | Nazwa:…………………………..………………………….. | Nazwa:……………………………………………… | Nazwa:………………………..……………………….. |
| Okres realizacji | Kwota | Liczba godzin | Okres realizacji | Kwota | Liczba godzin | Okres realizacji | Kwota | Okres realizacji | Kwota | Okres realizacji | Kwota |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

 /Miejscowość i data/ / podpis i pieczątka Pracodawcy/