**Załącznik nr 4**

**(Uwaga!** Dla każdej osoby planowanej do objęcia kształceniem ustawicznym należy wypełnić osobną tabelę**)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane dotyczące osoby planowanej do objęcia kształceniem ustawicznym.**  Osoba, wskazana poniżej nie może spełniać definicji osoby współpracującej, zgodnie z art. 8 ust 11 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (za osobę współpracująca 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). | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Imię i nazwisko: …………………………………………………………….. [każda z osób (Pracodawca/Pracownik) musi złożyć oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych – załącznik nr 5 do wniosku]** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce wykonywania pracy osoby planowanej do objęcia kształceniem ustawicznym | | | | | | | | | | | ……………………………………………….……………………  ……………………………………………….…………………… | | | | |
| Wyszczególnienie działań  (dla 1 osoby) | pracodawca | | pracownik | | 15-24 lata | 25-34 lata | 35-44 lata | 45 lat i więcej | | Wykształcenie | | Zajmowane stanowisko | | Grupa zawodowa[[1]](#footnote-1) / nazwa | |
| K | M | K | M |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | |  | |
| Praca w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze (*zaznaczyć właściwe*): 🞎 TAK 🞎 NIE | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dofinansowanie z Krajowego Funduszu Szkoleniowego przeznaczone jest na (priorytety MRPIPS wydatkowania środków KFS w 2017 roku) – *zaznaczyć właściwe*:   * wsparcie zawodowego kształcenia ustawicznego w sektorach: przetwórstwo przemysłowe, transport i gospodarka magazynowa oraz opieka zdrowotna i pomoc społeczna, * wsparcie zawodowego kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych **określonych w opracowaniu „Monitoring zawodów deficytowych i nadwyżkowych” za II półrocze 2016 roku oraz w badaniu „Barometr zawodów 2017”** * 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. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Rodzaj działania** | | | | | | | | | **Planowane do poniesienia koszty**  **w poszczególnych działaniach** | | | | | | |
| **Ogółem** | | | | **w tym Krajowy Fundusz Szkoleniowy** | | **w tym wkład własny Pracodawcy** |
| **1. Określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego** | | | | | | | | | ……………… zł | | | | ……………… zł | | ……………… zł |
| Nazwa i siedziba instytucji określającej potrzeby pracodawcy\*\*: ………………………………………………………………………...……………..  Miejsce realizacji: …………………………………………………………………………………...………………...…………………………………  Planowany termin realizacji: ……….………………………………………………………………………………….………………………………… | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.1. Kurs do realizacji z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą** | | | | | | | | | ……………… zł | | | | ……………… zł | | ……………… zł |
| Nazwa i siedziba instytucji szkoleniowej\*\*: ……………………………………………………………………………………………...……………...  Nazwa kursu: ………………………………………………………………………………………...………………...…………………………………  Liczba godzin kursu: …………….……………………………………………………………………………….………………………………………  Planowany termin realizacji: ……….………………………………………………………………………………….…………………………………  Miejsce kursu: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.2. Kurs do realizacji z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą** | | | | | | | | | ……………… zł | | | | ……………… zł | | ……………… zł |
| Nazwa i siedziba instytucji szkoleniowej\*\*: ……………………………………………………………………………………………...……………...  Nazwa kursu: ………………………………………………………………………………………...………………...…………………………………  Liczba godzin kursu: …………….……………………………………………………………………………….………………………………………  Planowany termin realizacji: ……….………………………………………………………………………………….…………………………………  Miejsce kursu: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3. Studia podyplomowe do realizacji z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą** | | | | | | | | | ……………… zł | | | | ……………… zł | | ……………… zł |
| Nazwa i siedziba organizatora\*\*: …………………………….…………………………………………………………………………...……………...  Nazwa studiów podyplomowych: …………………………………………………………………...………………...…………………………………  Liczba godzin: …………….……………………..……………………………………………………………….………………………………………  Planowany termin realizacji: ……….………………………………………………………………………………….………………………………… | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4. Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych** | | | | | | | | | ……………… zł | | | | ……………… zł | | ……………… zł |
| Nazwa i siedziba instytucji egzaminującej\*\*: …………………………….………….…………………………………………………...……………...  Nazwa egzaminu: …………………………………………………….……………………………...………………...…………………………………  Liczba godzin: …………….……………………..……………………………………………………………….………………………………………  Planowany termin realizacji: ……….………………………………………………………………………………….………………………………… | | | | | | | | | | | | | | | |
| **5. Badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu** | | | | | | | | | ……………… zł | | | | ……………… zł | | ……………… zł |
| Nazwa i siedziba instytucji przeprowadzającej badania\*\*: …………………………………………..…………………………………...……………...  Planowany termin realizacji: ……….………………………………………………………………………………….………………………………… | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6. Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem** | | | | | | | | | ……………… zł | | | | ……………… zł | | ……………… zł |
| Nazwa i siedziba ubezpieczyciela\*\*: ……………………….…………….………….…………………………………………………...……………...  Planowany termin realizacji: ……….………………………………………………………………………………….………………………………… | | | | | | | | | | | | | | | |
| **OGÓŁEM WYDATKI PRZEZNACZONE NA KSZTAŁCENIE W/W PRACODAWCY LUB PRACOWNIKA** | | | | | | | | | **……………… zł** | | | | **……………… zł** | | **……………… zł** |
| **Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osoby objętej kształceniem ustawicznym** | | | | | | | | | ……………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………….. | | | | | | |
| **UZASADNIENIE**  **1. Opis obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy w obszarze kształcenia:**  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  **2. W przypadku gdy Pracodawca uznaje, że wnioskowane środki KFS dotyczą kształcenia ustawicznego ściśle związanego z określonymi na 2017 rok priorytetami wydatkowania środków KFS przez MRPiPS należy to uzasadnić:**  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | | | | | | | | | | | | | | | |

*\*\* Do wniosku należy dołączyć uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego (załącznik nr 6 do wniosku). Dla każdego realizatora osobny załącznik.*

…………..……………………………

*(miejscowość, data)*

………..……………………………

*(podpis i pieczęć Pracodawcy*

*lub osoby uprawnionej do*

*reprezentowania Pracodawcy)*

1. Grupa zawodowa: 1.Przedstawiciele władz publicznych, wyżsi urzędnicy i kierownicy; 2. Specjaliści; 3. Technicy i inny średni personel; 4. Pracownicy biurowi; 5. Pracownicy usług i sprzedawcy; 6. Rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy; 7. Robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy; 8. Operatorzy i monterzy maszyn i urządzeń; 9. Pracownicy przy pracach prostych; 10. Siły zbrojne; 11. Bez zawodu. (zgodnie z klasyfikacją zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy Dz. U. 2014 poz. 1145) [↑](#footnote-ref-1)