

……………………………………..

(pieczęć wnioskodawcy)

Znak sprawy…………………………………….

Numer wniosku…………………………………

**Starosta Radzyński**

**za pośrednictwem**

**Powiatowego Urzędu Pracy   
w …………………………………………**

**Wniosek**

**o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

**na finansowanie lub współfinansowanie działań na rzecz kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców**

**Podstawa prawna:**

* art. 69a i b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy   
  (t. j. **Dz. U. z 2017 r. poz. 1065 z późn. zm.)**
* rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 roku w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2014 r., poz. 639 z późn. zm.),
* Ustawa z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1829 z późn. zm.),
* Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 roku o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1808 z późn.zm.).
* Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 24 grudnia 2007r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności (PKD) (Dz. U. z 2007 nr 251 poz. 1885 z późn. zm.)

**Wniosek nie może być modyfikowany, nie mogą być zmieniane, usuwane lub modyfikowane elementy wniosku**

1. **DANE PRACODAWCY**
2. Nazwa pracodawcy……………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………….

NIP……………………………………..REGON……………………………………...

przeważający rodzaj działalności gospodarczej wg PKD………………………………

PESEL (w przypadku osób fizycznych)………………………………………………..

KRS (w przypadku spółek handlowych i kapitałowych)……………………………….

nr telefonu……………………………mail……………………………………………..

strona www……………………………………………………………………………..

1. Forma prawna działalności wnioskodawcy (np. spółdzielnia, spółka-podać jaka- działalność indywidualna, inna)…………………………………………………………
2. Forma opodatkowania ………………………………………………………….……….
3. Siedziba pracodawcy…………………………………………………………………….
4. Miejsce prowadzenia działalności……………………………………………………….
5. Nazwa banku i numer rachunku bankowego, na który zostaną przekazane środki   
   w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku:

…………………………………………………………………………………………...

1. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy (do podpisania umowy): ………………………………………………………………………………..

stanowisko………………………………………………………………………………

numer telefonu………………………………mail………………..……………………

1. Kontrasygnata umowy o dofinansowanie kształcenia ze środków KFS (*dotyczy samorządu powiatowego, gminnego oraz ich jednostek organizacyjnych:*

Nazwisko i imię skarbnika (głównego księgowego budżetu) lub osoby upoważnionej:

…………………………………………………stanowisko…………………………….nr tel……………………………………………e-mail:………………………………...

1. Imię i nazwisko osoby do kontaktów z PUP:…………………………………………..

Stanowisko …….……………………………………………………………………….

numer telefonu……………………………….mail…………………………………….

1. Liczba zatrudnionych pracowników na dzień złożenia wniosku

…………………………………………………………………………………………..

1. Prowadzę / nie prowadzę działalność(i) gospodarczą(ej)\*, w rozumieniu prawa Unii Europejskiej.

\**przez działalność gospodarczą należy rozumieć oferowanie towarów i usług na rynku, przy czym pojęcie to dotyczy zarówno działalności produkcyjnej, jak i dystrybucyjnej i usługowej. Nie jest istotne występowanie zarobkowego charakteru działalności, w związku z czym działalność gospodarczą w rozumieniu unijnego prawa konkurencji, prowadzić mogą także podmioty typu non-profit (stowarzyszenia, fundacje). Nie ma również znaczenia jak dana działalność jest kwalifikowana w prawie krajowym oraz czy podmiot wpisany jest do krajowego rejestru przedsiębiorców lub ewidencji działalności gospodarczej.*

1. Wielkość przedsiębiorcy (zaznaczyć właściwe X):

* mikro – przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 osób i którego obroty roczne i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 mln euro,
* małe – przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 osób i którego obroty roczne i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 mln euro,
* średnie – przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 250 osób i którego obroty roczne i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 mln euro,
* pozostałe

1. **INFORMACJE O PLANOWANYM KSZTAŁCENIU USTAWICZNYM PRACOWNIKÓW\*\* LUB PRACODAWCY\*\*\***

\*\***Pracownik** – zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 roku Kodeks Pracy pracownikiem jest osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania   
lub spółdzielczej umowy o pracę.

**Pracownikiem nie jest**, w rozumieniu ustawy, osoba, która wykonuję pracę   
lub świadczy usługi na podstawie umów cywilnoprawnych np. umowy zlecenia, umowy agencyjnej, umowy   
o dzieło.

**Pracownikiem nie jest,** osoba współpracująca tj. zgodne z art. 8 ust. 11 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych: małżonek, dzieci własne lub dzieci drugiego małżonka i dzieci przysposobione, rodzice, macocha i ojczym pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym i współpracujący przy prowadzeniu działalności gospodarczej.

\*\*\***Pracodawca** – zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 25 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia   
i instytucjach rynku pracy (t.j. **Dz. U. z 2016 r. poz. 645 z późn. zm.))**pracodawcą jest jednostka organizacyjna, chociażby nie posiadał osobowości prawnej, a także osobę fizyczną, jeżeli zatrudniają one co najmniej jednego pracownika.

1. Wnioskowane formy, wysokość i harmonogram wydatków dotyczących dofinansowania kształcenia ustawicznego:
2. kursy realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa kursu/szkolenia | Priorytet a, b lub c  (patrz pkt.3) | Termin realizacji | Liczba osób przewidzianych do objęcia wsparciem | | | | | | | | | | | Koszt szkolenia dla  jednej osoby | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł | Wnioskowana wysokość środków z KFS | Całkowita wysokość wydatków w zł |
| 15-24 lata | | 25-34 lata | | 35-44 lata | | 45 lat i więcej | | w tym pracodawcy | | |
| **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | | **M** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  | **SUMA:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | |  | | |

1. studia podyplomowe realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa studiów podyplomowych | Priorytet a, b lub c  (patrz pkt.3) | Termin realizacji | Liczba osób przewidzianych do objęcia wsparciem | | | | | | | | | | Koszt dla  jednej osoby | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł | Wnioskowana wysokość środków z KFS | Całkowita wysokość wydatków w zł |
| 15-24 lata | | 25-34 lata | | 35-44 lata | | 45 lat i więcej | | w tym pracodawcy | |
| **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | **SUMA:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa egzaminu | Priorytet a, b lub c  (patrz pkt.3) | Termin realizacji | Liczba osób przewidzianych do objęcia wsparciem | | | | | | | | | | Koszt dla  jednej osoby | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł | Wnioskowana wysokość środków z KFS | Całkowita wysokość wydatków w zł |
| 15-24 lata | | 25-34 lata | | 35-44 lata | | 45 lat i więcej | | w tym pracodawcy | |
| **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | **SUMA:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. badania lekarskie i/lub psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa badania | Termin realizacji | Liczba osób przewidzianych do objęcia wsparciem | | | | | | | | | | Koszt dla  jednej osoby | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł | Wnioskowana wysokość środków z KFS | Całkowita wysokość wydatków w zł |
| 15-24 lata | | 25-34 lata | | 35-44 lata | | 45 lat i więcej | | w tym pracodawcy | |
| **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **SUMA:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego w związku z ubieganiem się o sfinansowanie tego kształcenia   
   ze środków KFS

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Termin realizacji | Liczba osób przewidzianych do objęcia wsparciem | | | | | | | | | | Koszt dla  jednej osoby | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł | Wnioskowana wysokość środków z KFS | Całkowita wysokość wydatków w zł |
| 15-24 lata | | 25-34 lata | | 35-44 lata | | 45 lat i więcej | | w tym pracodawcy | |
| **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **SUMA:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. ubezpieczenie NNW w związku z podjętym kształceniem

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa ubezpieczenia | Termin realizacji | Liczba osób przewidzianych do objęcia wsparciem | | | | | | | | | | Koszt dla  jednej osoby | Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł | Wnioskowana wysokość środków z KFS | Całkowita wysokość wydatków w zł |
| 15-24 lata | | 25-34 lata | | 35-44 lata | | 45 lat i więcej | | w tym pracodawcy | |
| **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **SUMA:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Całkowita wartość planowanych działań kształcenia ustawicznego (w zł) ………………….

(słownie:……………………………………………………………… ………………..)

w tym:

kwota wnioskowana z KFS……………………………………… …………………….

(słownie…………………………………………………………… ……………………)

kwota wkładu własnego\* ………………………………………… …………………….

(słownie………………………………………………………………… ………………)

\**przy wyliczaniu wkładu własnego pracodawcy, uwzględnia się wyłącznie koszty samego kształcenia ustawicznego; nie uwzględnia się innych kosztów, które pracodawca ponosi w związku z udziałem pracowników w kształceniu ustawicznych, np. wynagrodzenie za godziny nieobecności w pracy w związku z uczestnictwem w zajęciach, kosztów delegacji, w przypadku konieczności dojazdu do miejscowości innej niż miejsce pracy itp.*

1. **Liczba osób do objęcia kształceniem ustawicznym, zgodnie z priorytetami Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej na rok 2017** (*proszę wpisać liczbę osób*):
2. wsparcie zawodowego kształcenia ustawicznego w sektorach: przetwórstwo przemysłowe, transport i gospodarka magazynowa oraz opieka zdrowotna i pomoc społeczna – **liczba osób …………………..**
3. wsparcie zawodowego kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych – **liczba osób …………………………………**
4. wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które mogą udokumentować wykonywanie przez co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub szczególnym charakterze, a którym nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej – **liczba osób …………………..……….**

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCE PRIORYTETU C**

Oświadczam/y, że pracownicy wymienieni w poniższej tabeli posiadają udokumentowane wykonywanie przez co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze i nie przysługuje im prawo do emerytury pomostowej

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko pracownika | Prace w szczególnych warunkach | Prace o szczególnym charakterze | Okres wykonywania prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze  od…..do…… |
| *należy wpisać rodzaj prac zgodnie z załącznikiem nr 1 do Ustawy o emeryturach pomostowych (Dz. U. 2017 poz. 664)* | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

………………………………………. ……………………………………

(miejscowość, data) (podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby

uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy)

1. **UZASADNIENIE POTRZEB ODBYCIA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO, PRZY UWZGLĘDNIENIU OBECNYCH LUB PRZYSZŁYCH POTRZEB PRACODAWCY ORAZ OBOWIĄZUJĄCYCH PRIORYTETÓW WYDATKOWANIA ŚRODKÓW KFS, jak również zgodności kompetencji nabywanych przez uczestników kształcenia ustawicznego z potrzebami lokalnego lub regionalnego rynku pracy, z wyszczególnieniem dla każdego pracownika/pracodawcy\*\*\*\*** *(w przypadku kilku uczestników kształcenia, uzasadnienie należy wypełnić dla każdego uczestnika)*

Imię i nazwisko uczestnika …………………………………………………………………….

Rodzaj wykonywanych prac…………………………………………………….….…………..

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

Miejsce wykonywania pracy…………………………………………………….……………..

Rodzaj kształcenia ustawicznego: kurs/studia podyplomowe/badania lekarskie/egzaminy/ ubezpieczenie NNW \* *skreślić niewłaściwe* w związku z Priorytetem KFS w 2017r. lit…….

Nazwa / kierunek ………………………………………………………………………………

1. **Obecne lub przyszłe potrzeby pracodawcy**

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

1. **Zgodność z obowiązującymi w 2017 roku priorytetami wydatkowania środków KFS**

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

1. **Zgodność kompetencji nabywanych przez uczestników kształcenia ustawicznego z potrzebami lokalnego lub regionalnego rynku pracy**

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

………………………………………. ……………………………………

(miejscowość, data) (podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby

uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy)

\*\*\*\*w przypadku priorytetu a) należy wykazać związek z rodzajem działalności wymienionej w priorytecie a) wpisując kod PKD przeważającego rodzaju prowadzonej przez siebie działalności; w przypadku priorytetu b) należy wykazać związek kierunku kształcenia z zawodem deficytowym wymienionym w Barometrze zawodów 2017 (<https://barometrzawodow.pl/>) w powiecie radzyńskim; w przypadku priorytetu c) należy wypełnić oświadczenie dotyczące priorytetu c).

1. **INFORMACJA O KSZTAŁCENIU USTAWICZNYM W RAMACH ŚRODKÓW KFS**

*(dla każdej wnioskowanej formy kształcenia ustawicznego należy wypełnić oddzielną informację)*

1. Rodzaj/forma kształcenia ustawicznego (zaznaczyć X przy wybranym rodzaju/formie):

* Kurs
* Studia podyplomowe
* Egzamin umożliwiający uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych
* Badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu
* Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem
* Określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego w związku z ubieganiem się o sfinansowanie tego kształcenia ze środków KFS

**Uwaga!**

***Do wniosku należy załączyć program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu***

1. Nazwa realizatora usługi kształcenia ustawicznego :………………………………………. ……………………………….……….…………………..…………………………………
2. Siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego:…………….………………………...

………………………………………………………………………………………………

1. Nr telefonu: ……………………………… Nr fax: ……………….………………………
2. Adres e-mail: ……………………………………………………….……………………...
3. NIP: …………………………………………..REGON:………….………………………
4. Rodzaj prowadzonej działalności wg PKD/2007/:………………………………………...
5. Posiadane przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikaty jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego (należy opisać oraz **załączyć kopie certyfikatów potwierdzone za zgodność z oryginałem)**:

………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………….……………………..a w przypadku **kursów** posiadanie dokumentu, na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego, jeżeli ta informacja nie jest dostępna w publicznych rejestrach elektronicznych (należy wpisać rodzaj dokumentu oraz **załączyć jego kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem**):

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

1. Nazwa kształcenia ustawicznego:…………………………………………………….…….

………………………………………………………………………………………………

1. Miejsce kształcenia ustawicznego:……………………………………….………………… …………………………………………..…………………………………………..………
2. Liczba godzin kształcenia ustawicznego ogółem:…………………………………………..
3. Termin kształcenia ustawicznego od………………………do………….……….…...…….
4. Cena usługi kształcenia ustawicznego[[1]](#footnote-1) (jednej osoby): ……………….…..……………...

słownie złotych…………………………………………………………………………….

(**należy załączyć kalkulację kosztów kształcenia ustawicznego)**

w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku, o ile są dostępne:

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

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

1. Cena w/w usługi kształcenia ustawicznego za wszystkich pracowników wskazanych we wniosku: ……………………………………………………………………………………

słownie złotych……………………………………………………………………………..

1. Termin płatności jednorazowo (dzień-miesiąc-rok) …………………………….……….
2. Płatność w ratach:

I rata……………………………. Termin płatności …………………………………..

(kwota) (dzień-miesiąc-rok)

II rata……………………………. Termin płatności …………………………………..

(kwota) (dzień-miesiąc-rok)

**Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego finansowanej ze środków KFS:**

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

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

…………………………………… ………………………………………

(miejscowość, data) (podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnionej

do reprezentowania wnioskodawcy)

**Rozeznanie rynku usług kształcenia ustawicznego w zakresie** (należy *wpisać rodzaj i nazwę kształcenia ustawicznego np. kurs - nazwa.......):* ……………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…….

*(dla każdego rodzaju i kierunku wnioskowanego kształcenia ustawicznego należy wypełnić odrębną tabelę)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **OFERTA I (wybrana)** | **OFERTA II** | **OFERTA III** |
| 1. | **Nazwa i siedziba realizatora usługi kształcenia** instytucji szkoleniowej/egzaminującej /uczelni, przychodni/ ubezpieczyciela |  |  |  |
| 2. | **Nazwa** kursu/studiów podyplomowych/ egzaminu/badań |  |  |  |
| 3. | **Termin** **i miejsce realizacji** kursu/studiów podyplomowych/ egzaminu/ badań |  |  |  |
| 4. | **Cena**\* kursu/studiów podyplomowych/ egzaminu/badań (na 1 uczestnika)  \**bez kosztów przejazdu, zakwaterowania, wyżywienia* |  |  |  |
| 5. | **Liczba godzin** kursu/studiów podyplomowych (na 1 uczestnika) |  |  |  |
| 6. | **Certyfikat/y jakości** oferowanych usług kształcenia ustawicznego TAK/NIE |  |  |  |
| 7. | Wymienić posiadane przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego **certyfikaty jakości** oferowanych usług kształcenia ustawicznego |  |  |  |
| 8. | **W przypadku kursów wymienić** **dokument, na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego** |  |  |  |

………………………………………. ……………………………………

(miejscowość, data) (podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy)

1. **WYKAZ OSÓB, KTÓRE MAJĄ ZOSTAĆ OBJĘTE DZIAŁANIAMI FINANSOWYMI Z UDZIAŁEM ŚRODKÓW KFS**

Wsparciem KFS może być objęty pracodawca i pracownicy.

Pracownikiem jest osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę.

Pracownikiem nie jest osoba współpracująca przy prowadzeniu działalności gospodarczej.

Pracownik w czasie trwania kształcenia musi świadczyć pracę tzn. nie może przebywać na urlopie wychowawczym, macierzyńskim, rodzicielskim, bezpłatnym.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Nazwa stanowiska/  zawodu | Poziom wykształcenia:\*  - wyższe,  - policealne i średnie  zawodowe,  - średnie ogólnokształcące,  - zasadnicze zawodowe, - gimnazjalne i poniżej  *\*(wpisać odpowiednie)* | Osoba wykonuje pracę  w szczególnych warunkach  TAK/NIE\* | Osoba wykonuje pracę  o szczególnym charakterze  TAK/NIE\* | Forma zatrudnienia – *(rodzaj umowy i okres obowiązywania umowy np. umowa o pracę na czas określony do…… )* | Forma kształcenia ustawicznego  w ramach KFS *(np. szkolenie – nazwa; studia podyplomowe – nazwa, egzamin – nazwa itp.)* | Osoba skorzystała  z kształcenia ustawicznego  w 2017 r. TAK/NIE\*  (jeśli TAK należy wskazać kwotę środków KFS) |
| Łączny koszt kształcenia jednego uczestnika\* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| \*Koszt kształcenia jednego uczestnika nie może przekroczyć 300% przeciętnego wynagrodzenia. Za jednego uczestnika uważa się osobę fizyczną, której kształcenie ustawiczne, o którym mowa w art. 69a ust.2 pkt 1ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (m.in. kursy, studia podyplomowe, egzaminy, badania lekarskie, ubezpieczenie NWW) nie przekroczy 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku.  ………………………………………. ……………………………………  (miejscowość, data) (podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy)   1. **INFORMACJA O OSOBACH OBJĘTYCH WNIOSKIEM – UCZESTNIKACH KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Wyszczególnienie** | | **Liczba pracodawców** | | | **Liczba pracowników** | | | **Razem** | **Kobiety** | | **Razem** | **Kobiety** | | Objęci wsparciem kształcenia ustawicznego ogółem | |  |  | |  |  | | w tym:  wsparciem zawodowego kształcenia ustawicznego w sektorach: przetwórstwo przemysłowe, transport i gospodarka magazynowa oraz opieka zdrowotna i pomoc społeczna (priorytet I) | |  |  | |  |  | | wsparciem zawodowego kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych (priorytet II) | |  |  | |  |  | | Wsparciem 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 (priorytet III) | |  |  | |  |  | | Według rodzajów wsparcia | kursy |  |  | |  |  | | studia podyplomowe |  |  | |  |  | | egzaminy |  |  | |  |  | | badania lekarskie i/lub psychologiczne |  |  | |  |  | | Ubezpieczenie NNW |  |  | |  |  | | Według grup wiekowych | 15-24 |  |  | |  |  | | 25-34 |  | |  |  |  | | 35-44 |  | |  |  |  | | 45 lat i więcej |  | |  |  |  | | Liczb osób wykonujących pracę w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze | |  | |  |  |  | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Według poziomu wykształcenia | gimnazjalne i poniżej |  |  |  |  |
| zasadnicze zawodowe |  |  |  |  |
| średnie ogólnokształcące |  |  |  |  |
| policealne i średnie zawodowe |  |  |  |  |
| wyższe |  |  |  |  |
| Według grup wielkich zawodów i specjalności | Przedstawiciele władz publicznych, wyżsi urzędnicy i kierownicy |  |  |  |  |
| Specjaliści |  |  |  |  |
| Technicy i inny średni personel |  |  |  |  |
| Pracownicy biurowi |  |  |  |  |
| Pracownicy usług i sprzedawcy |  |  |  |  |
| Rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy |  |  |  |  |
| Robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy |  |  |  |  |
| Operatorzy i monterzy maszyn i urządzeń |  |  |  |  |
| Pracownicy przy pracach prostych |  |  |  |  |
| Siły zbrojne |  |  |  |  |
| Bez zawodu |  |  |  |  |

………………………………………. ……………………………………

(miejscowość, data) (podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy)

1. **OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

Oświadczam co następuje:

1. **Złożyłem/ nie złożyłem\*** wniosek w innym powiatowym urzędzie pracy o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy objętych niniejszym wnioskiem.
2. Zapoznałem się z treścią art. 69a i 69 b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia   
   i instytucjach rynku pracy oraz rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 roku w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2014 r., poz. 639 z późn. zm.).
3. Koszt dofinansowania z KFS planowanych form wsparcia nie przekroczy na jednego uczestnika 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku.
4. Spełniam warunki określone w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 roku w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2014 r., poz. 639 z późn. zm.).
5. Zostałe/am poinformowany, że:

- administratorem moich danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Radzyniu Podlaskim z siedzibą przy ul. Chomiczewskiego 10, 21-300 Radzyń Podlaski;

- moje dane osobowe są niezbędne dla realizacji umowy o finansowaniu działań obejmujących kształcenie ustawiczne ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego;

- moje dane osobowe tj. imię i nazwisko, poziom wykształcenia zajmowane stanowisko zostały pozyskane z wniosku pracodawcy ubiegającego się dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego oraz będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji umowy o finansowaniu działań obejmujących kształcenie ustawiczne ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego;

- mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania;

- mam prawo kontroli przetwarzania moich danych osobowych, wniesienia pisemnego umotywowanego żądania zaprzestania ich przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych, w przypadku, gdy administrator danych zamierza je przetwarzać w celach marketingowych lub wobec przekazywania moich danych osobowych innemu administratorowi danych.

1. Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Radzyniu Podlaskim, dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 roku w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2014 r., poz. 639 z późn. zm.), zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922).
2. **Zalegam / nie zalegam**\* w dniu złożenia wniosku z wypłaceniem wynagrodzeń pracownikom oraz opłaceniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Emerytur Pomostowych oraz innych danin publicznych.
3. Osoby, których dotyczy wniosek o finansowanie kształcenia ustawicznego, ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego posiadają status pracodawcy lub pracownika (pracownikiem jest osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę) oraz są osobami świadczącymi pracę tj. nie przebywają na urlopie wychowawczym, macierzyńskim, rodzicielskim, bezpłatnym.
4. Osoby, których dotyczy wniosek o finansowanie kształcenia ustawicznego, ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego nie spełniają 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).
5. Oferta realizatora kształcenia ustawicznego wybrana do realizacji wskazanych form kształcenia ustawicznego jest konkurencyjna merytorycznie i cenowo w stosunku do ofert innych realizatorów oferujących podobne kursy.
6. Wskazane we wniosku koszty kształcenia ustawicznego nie zawierają kosztów: wyżywienia, zakwaterowania i przejazdu uczestników kształcenia itp.
7. **Jestem / nie jestem\*** powiązany osobowo lub kapitałowo z realizatorami wskazanego w niniejszym wniosku kształcenia ustawicznego.
8. Przy wyliczaniu wkładu własnego pracodawcy uwzględnione zostały wyłącznie koszty samego kształcenia ustawicznego; nie zostały uwzględnione inne koszty, które pracodawca ponosi w związku z udziałem pracowników w kształceniu ustawicznych, np. wynagrodzenie za godziny nieobecności w pracy w związku z uczestnictwem w zajęciach, kosztów delegacji, w przypadku konieczności dojazdu do miejscowości innej niż miejsce pracy itp.
9. Informacje zawarte we wniosku i załączonych do niego dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

………………………………………. ……………………………………

(miejscowość, data) (podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy)

J**estem / nie jestem\*** beneficjentem pomocy publicznej[[2]](#footnote-2) w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz. U. z 2016r. poz. 1808 z późn. zm.)

**DOTYCZY TYLKO PODMIOTÓW BĘDĄCYCH BENEFICJENTAMI POMOCY PUBLICZNEJ**

**1)** **spełniam / nie spełniam / nie dotyczy**\* warunki **rozporządzenia Komisji (WE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013, str. 9),**

**2) spełniam / nie spełniam / nie dotyczy**\* warunki rozporządzenia Komisji (WE) NR 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013 str. 1)

**3) spełniam / nie spełniam / nie dotyczy\***  warunki rozporządzenia Komisji (WE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L. 2014.190.45);

**4) ciąży / nie ciąży / nie dotyczy** na mnie obowiązek zwrotu pomocy wynikający z wcześniejszych decyzji Komisji uznającej pomoc za niezgodną z prawem i wspólnym rynkiem.

**6)** w okresie 3 lat poprzedzających złożenie wniosku **uzyskałem / nie uzyskałem** pomoc publiczną, która **kumuluje się / nie kumuluje się / nie dotyczy** z wnioskowaną pomocą i wynosi …………………………………………………………………...........

**6) otrzymałem / nie otrzymałem** w okresie ostatnich 3 lat przed złożeniem wniosku pomoc de minimis w wysokości……………………………………….złotych, co stanowi .....................................euro;

**7) otrzymałem / nie otrzymałem** w okresie ostatnich 3 lat przed złożeniem wniosku pomoc de minimis w rolnictwie w wysokości ……………………złotych, co stanowi ..............................................euro;

**8) otrzymałem / nie otrzymałem** w okresie ostatnich 3 lat przed złożeniem wniosku pomoc de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury w wysokości ……..………….złotych, co stanowi .................................euro;

**(W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej należy dołączyć kserokopie zaświadczeń o uzyskanej pomocy de minimis)**

* Nie ciąży na mnie obowiązek zwrotu pomocy, wynikający z wcześniejszych decyzji uznających pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem.
* Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskaniu pomocy de minimis, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z urzędem pracy, otrzymam pomoc de minimis.

*\*niepotrzebne skreślić*

………………………………………. ……………………………………

(miejscowość, data) (podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy)

1. **INFORMACJA O PLANACH DOTYCZĄCYCH DALSZEGO ZATRUDNIENIA OSÓB, KTÓRE BĘDĄ OBJĘTE KSZTAŁCENIEM USTAWICZNYM FINANSOWANYM ZE ŚRODKÓW KFS** (*w przypadku kilku uczestników kształcenia, informację należy wypełnić dla każdego uczestnika)***:**

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

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

………………………………………. ……………………………………

(miejscowość, data) (podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy)

………………………………………………..

(kontrasygnata wniosku)

Załączniki:

Załącznik nr 1 Formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc de minimis

**Ponadto do wniosku należy załączyć:**

Kopię dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

Program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu

Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawianego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących.

**Uwaga!**

W przypadku niedołączenia do wniosku załączników wymaganych zgodnie z § 5 ust.2 rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 roku w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2014 r., poz. 639 z późn. zm.) – wniosek pozostawia się bez rozpatrzenia.

1. **OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA**

**OBJĘTEGO KSZTAŁCENIEM USTAWICZNYM**

**ZE ŚRODKÓW KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOEGO**

*(każdy wskazany we wniosku uczestnik wypełnia odrębne oświadczenie)*

W związku z objęciem mnie kształceniem ustawicznym ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

* 1. administratorem moich danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Radzyniu Podlaskim z siedzibą przy ul. Chomiczewskiego 10, 21-300 Radzyń Podlaski;
  2. moje dane osobowe są niezbędne dla realizacji umowy o finansowaniu działań obejmujących kształcenie ustawiczne ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego;
  3. moje dane osobowe tj. imię i nazwisko, poziom wykształcenia zajmowane stanowisko zostały pozyskane z wniosku pracodawcy ubiegającego się dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego oraz będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji umowy o finansowaniu działań obejmujących kształcenie ustawiczne ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego;
  4. mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania;
  5. mam prawo kontroli przetwarzania moich danych osobowych, wniesienia pisemnego umotywowanego żądania zaprzestania ich przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych, w przypadku, gdy administrator danych zamierza je przetwarzać w celach marketingowych lub wobec przekazywania moich danych osobowych innemu administratorowi danych;
  6. Powiatowy Urząd Pracy w Radzyniu Podlaskim pozyskał moje dane osobowe w związku ze złożonym wnioskiem o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na finansowanie lub współfinansowanie działań na rzecz kształcenia ustawicznego przez firmę (*należy podać nazwę Pracodawcy składającego wniosek*):…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………….…………………………………..………

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z przepisami ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997r. (Dz. U. z 2016r. poz. 922) przez administratora danych Powiatowy Urząd Pracy z siedzibą w Radzyniu Podlaskim przy ul. Chomiczewskiego 10, w celu realizacji umowy o finansowaniu działań obejmujących kształcenie ustawiczne ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………… |
| *Miejscowość, data* | *Czytelny podpis pracownika* |

1. **WYPEŁNIA POWIATOWY URZĄD PRACY**

Zgodnie z § 6 ust. 5 rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 grudnia 2016 roku zmieniającym rozporządzenie w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2014 r., poz. 639 z późn. zm), przy rozpatrywaniu wniosku uwzględnia się:

1. zgodność dofinansowywanych działań z ustalonymi priorytetami wydatkowania środków KFS na dany rok
2. zgodność kompetencji nabywanych przez uczestników kształcenia ustawicznego z potrzebami lokalnego lub regionalnego rynku pracy
3. koszty usługi kształcenia ustawicznego wskazanej do sfinansowania ze środków KFS w porównaniu z kosztami podobnych usług dostępnych na rynku
4. posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego finansowanej ze środków KFS certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego
5. w przypadku kursów – posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego dokumentu, na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego
6. plany dotyczące dalszego zatrudnienia osób, które będą objęte kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS
7. możliwość sfinansowania ze środków KFS działań określonych we wniosku, z uwzględnieniem limitów, o których mowa w art. 109 ust 2k i 2 m Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy **(**t. j. **Dz. U. z 2017 r. poz. 1065 z późn. zm.)**
8. Sprawdzono pod względem formalnym i merytorycznym /data, podpis/:……………………………

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

1. Wezwany do poprawienia wniosku /data, podpis/:……………………………………..…..…………
2. Data uzupełnienia wniosku: …..………………………………………………………...……………
3. Rozpatrzony pozytywnie /data, podpis/: ………………………………..…….…………..…………
4. Rozpatrzony negatywnie / uzasadnienie odrzucenia wniosku, data, podpis/

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

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

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

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

1. Pozostawiony bez rozpatrzenia /uzasadnienie, data, podpis/

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

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

1. Przeprowadzono negocjacje /wynik negocjacji, data, podpis/

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

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

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

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

**Decyzja Dyrektora powiatowego urzędu pracy**

Przyznano środki na kształcenie ustawiczne z KFS dla:

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

/Nazwa Firmy/

w wysokości ……………………………………zł

(słownie:…………………………………………………………………………………………………..

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

Miejscowość, data

Pieczęć i podpis dyrektora działającego z upoważnienia starosty

1. Zgodnie z przepisem §3 ust. 1 pkt 14 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 20 grudnia 2013 roku   
   w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług oraz warunków stosowania tych zwolnień, zwolniono   
   z podatku VAT usługi kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania zawodowego, sfinansowane   
   w co najmniej 70% ze środków publicznych oraz świadczenie usług i dostawę towarów ściśle z tymi usługami związane.

   **Ponadto w koszcie kształcenia ustawicznego nie należy uwzględniać kosztów: wyżywienia, zakwaterowania, przejazdów uczestników kształcenia, zajęć integracyjnych itp.** [↑](#footnote-ref-1)
2. **Beneficjent pomocy publicznej - w ujęciu prawa wspólnotowego pomoc publiczna udzielana jest przedsiębiorcy prowadzącemu działalność gospodarczą.**

   1. Przedsiębiorca to podmiot publiczny lub prywatny, bez względu na formę i źródło finansowania, bez względu na to czy działa dla zysku, czy nie. Prowadzenie działalności gospodarczej oznacza odpłatne świadczenie towarów i usług na określonym rynku. Badaniu podlega aspekt asortymentowy i geograficzny rynku.
   2. Przedsiębiorstwo to podmiot prowadzący działalność gospodarczą bez względu na jego formę prawną. Zalicza się tu w szczególności osoby prowadzące działalność gospodarczą na własny rachunek oraz firmy rodzinne zajmujące się rzemiosłem lub inną działalnością, a także spółki lub konsorcja prowadzące regularną działalność gospodarczą (art. 1 Załącznika nr I do rozporządzenia Komisji (WE) Nr 800/2008)
   3. Beneficjent pomocy publicznej to podmiot prowadzący działalność gospodarczą, w tym podmiot prowadzący działalność w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa bez względu na formę organizacyjno- prawną oraz sposób finansowania, który otrzymał pomoc publiczną (art. 2 pkt. 16 ustawy o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej).
   4. Działalnością gospodarczą jest zarobkowa działalność wytwórcza, budowlana, handlowa, usługowa oraz poszukiwanie rozpoznawanie i wydobywanie kopalin ze złóż, a także działalność zawodowa, wykonywana w sposób zorganizowany i ciągły (art. 2 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej).

   [↑](#footnote-ref-2)