Załącznik nr 5

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

Uwaga! 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 lub o szczególnym charakterze  TAK/NIE\* | Forma zatrudnienia – *(rodzaj umowy i okres obowiązywania umowy* ***np. umowa o pracę na czas określony do……, wymiar czasu pracy…… )*** | Forma kształcenia ustawicznego  w ramach KFS *(np. szkolenie – nazwa; studia podyplomowe – nazwa, egzamin – nazwa itp.)* | Osoba skorzystała  z kształcenia ustawicznego  w 2018 r. TAK/NIE\*  (jeśli TAK należy wskazać kwotę środków KFS) |
| Łączny koszt kształcenia jednego uczestnika\* |
| Miejsce wykonywania pracy |
| 1. 1 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| \*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) |