Załącznik nr 7

**WYKAZ OSÓB, OBJĘTYCH WNIOSKIEM – UCZESTNIKÓW KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr pracownika** |  **Stanowisko pracy** | **Płeć****(M/K)** | **Poziom wykształcenia****(gimnazjalne i poniżej,****zasadnicze zawodowe****średnie ogólnokształcące, średnie zawodowe, policealne,** **wyższe)** | **Nr priorytetu wydatkowania środków KFS od 1 do 8** | **Osoba wykonuje pracę w szczególnych warunkach** **TAK/NIE** | **Osoba wykonuje pracę o szczególnym charakterze****TAK/NIE** | **Forma zatrudnienia – *(rodzaj umowyi okres obowiązywania umowy np. umowa o pracę na czas określony do……, wymiar czasu pracy…… )*** | **Forma kształcenia ustawicznego w ramach KFS** ***(np. kurs – nazwa; studia podyplomowe – nazwa, egzamin – nazwa, badania lekarskie lub psychologiczne, ubezpieczenie NNW itp.)*** | **Czy osoba korzystała z kształcenia ustawicznego w danym roku TAK/NIE****(jeśli TAK należy wskazać kwotę środków KFS jaka była przeznaczona na daną osobę)** |
| **Łączny koszt kształcenia jednego uczestnika** |
| **Miejsce pracy** |
| **Pracownik****nr 1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| **Pracownik****nr 2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| **Pracownik****nr 3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| **Pracownik nr 4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| **Pracownik nr 5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |

……….…………………………………

Data, podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy)