Załącznik nr 9

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr pracownika** |  **Stanowisko pracy** | **Płeć****(M/K)** | **Nr priorytetu wydatkowania środków KFS od 1 do 8** | **Forma zatrudnienia – *(rodzaj umowyi okres obowiązywania umowy np. umowa o pracę na czas określony od…….. 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) |
| **Koszt kształcenia jednego uczestnika** |
| **Miejsce pracy** |
| **Pracodawca/****Pracownik****nr 1\*** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| **Pracownik****nr 2** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| **Pracownik****nr 3** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| **Pracownik** **nr 4** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| **Pracownik** **nr 5** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |

\*niepotrzebne skreślić

……….…………………………………

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