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 charakterzeTAK/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. 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) |