….......................………

(pieczątka pracodawcy)   **Załącznik nr 1** do Wniosku

**WYKAZ UCZESTNIKÓW KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO, O KTÓRYCH OBJĘCIE FINANSOWANIEM ZE ŚRODKÓW REZERWY**

**KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO WNIOSKUJE PRACODAWCA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko**  **i imię uczestnika** | **Grupa wiekowa:**  **15-24**  **25-34**  **35-44**  **45 lat  i więcej** | **Poziom wykształcenia1)** | **Podstawa zatrudnienia2)**  **(pracodawca/ rodzaj umowy  o pracę)** | **Zajmowane stanowisko pracy/zawód** | **Miejsce (adres) wykonywania pracy3)** | **Wnioskowany rodzaj**  **kształcenia**  **wraz z nazwą**  **kierunku4)** | **Wnioskowana kwota  z rezerwy KFS na jednego uczestnika**  (100% w przypadku mikroprzedsiębiorców,  a pozostali 80% całkowitych kosztów) |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |

**UWAGA:**

**1)** Należy wpisać odpowiednio posiadany przez uczestnika kształcenia poziom wykształcenia: gimnazjalne i poniżej, zasadnicze zawodowe, średnie ogólnokształcące, policealne i średnie zawodowe, wyższe.

**2)**Należy wpisać status pracodawcy lub w przypadku pracownika - rodzaj zawartej umowy o pracę (np. umowa o pracę na czas nieokreślony, umowa o pracę na czas określony); należy podać termin na jaki jest zawarta umowa o pracę.

**3)** Finansowaniem ze środków rezerwy KFS mogą być objęte osoby wykonujące pracę na terenie powiatu limanowskiego jeżeli siedziba firmy jest poza powiatem limanowskim.

**4)** Jeżeli wnioskowane jest poza kursem, egzaminem lub studiami podyplomowymi pokrycie kosztów badań lekarskich lub ubezpieczenia NNW, również należy wpisać tę formę wsparcia.

**Oświadczam, że wysokość uzyskanego dofinansowania ze środków KFS w 2024 r. na jednego uczestnika nie przekracza/przekracza** (właściwe wpisać) **……………………………. 300% przeciętnego wynagrodzenia obowiązującego w dniu otrzymania dofinansowania ze środków KFS.**

**Prawdziwość informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem:**

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

(data) *(podpis Pracodawcy*

*lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania)*