*załącznik nr 1 do umowy*

**ZESTAWIENIE WYDATKOWANYCH KWOT NA POSZCZEGÓLNE DZIAŁANIA OBJĘTE UMOWĄ NR... z dnia...**

**1. Kursy**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Termin realizowanego kursu** | **Nazwa i miejsce realizacji szkolenia** | **Imię nazwisko PESEL**  **uczestnika** | **Koszt kursu dla jednej osoby** | **Nr faktur/rachunków** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |

**2. Studia podyplomowe**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Kierunek studiów podyplomowych i terminy realizacji poszczególnych semestrów** | **Nazwa i adres uczelni realizującej studia podyplomowe** | **Imię nazwisko PESEL uczestnika** | **Koszt studiów podyplomowych dla jednej osoby** | **Nr faktur/ rachunków** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |

**3. Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj egzaminu umożliwiającego uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych oraz termin przeprowadzenia egzaminu** | **Nazwa i adres jednoski egzaminujacej** | **Imię nazwisko PESEL uczestnika** | **Koszt egzaminu dla jednej osoby** | **Nr faktur/ rachunków** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |

**4. Badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj badań lekarskich i psychologicznych wymaganych do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu oraz termin przeprowadzenia**  **badań** | **Nazwa i adres jednostki przeprowadzającej badania** | **Imię nazwisko PESEL osoby kierowanej na badanie** | **Koszt badań lekarskich lub psychologicznych dla jednej osoby** | **Nr faktur/ rachunków** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |

**5. Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem i okres ubezpieczenia** | **Nazwa i adres ubezpieczyciela** | **Imię nazwisko PESEL osoby kierowanej na badanie** | **Koszt ubezpieczenia od NNW dla jednej osoby** | **Nr faktur/ rachunków** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |

**6. Charakterystyka uczestników objętych poszczególnymi działaniami finansowanymi z udziałem środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | **Płeć** | **Wykształcenie** |
| **Wyszczególnienie** | **kobiet** | **mężczyzn** | **wyk. Wyższe** | **wyk. Policealne** | **wyk. średnie zawodowe** | **wyk. średnie LO** | **wyk. zasadnicze zawodowe** | **wyk. podstawowe/ gimnazjalne** | **liczba osób pracująca w szczególnych warunkach/wykonująca pracę o szczególnym charakterze** |  |  |
| Kursy |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Studia podyplomowe |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Egzaminy |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Badania lekarskie i/lub psychologiczne |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ubezpieczenie NNW |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

a. liczba osób, które rozpoczęły kurs, studia podyplomowe lub przystąpiły do egzaminu finansowane z udziałem środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego: ............

b. liczba, osób, które ukończyły z wynikiem pozytywnym kurs, studia podyplomowe lub zdały egzamin finansowane z udziałem środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego: ….................

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

Miejscowość, data podpis osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy