**załącznik nr 1**

**WYKAZ DZIAŁAŃ OBJĘTYCH FINANSOWANIEM W RAMACH KFS**

zgodniez obowiązującymi priorytetami wydatkowania środków KFS w 2020r.

* wsparcie kształcenia ustawicznego dla osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem.
* wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia.
* wsparcie zawodowego kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych.
* wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z rozwojem w firmach technologii i zastosowaniem wprowadzonych przez firmy narzędzi pracy;
* wsparcie kształcenia ustawicznego w obszarach/branżach kluczowych dla rozwoju powiatu/województwa wskazanych w dokumentach strategicznych/planach rozwoju.
* wsparcie realizacji szkoleń dla instruktorów praktycznej nauki zawodu bądź osób mających zamiar podjęcia się tego zajęcia, opiekunów praktyk zawodowych i opiekunów stażu uczniowskiego oraz szkoleń branżowych dla nauczycieli kształcenia zawodowego.
* wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników zatrudnionych w pomiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego, wskazanych na liście przedsiębiorstw społecznych prowadzonej przez MRPiPS, członków lub pracowników spółdzielni socjalnych lub pracowników Zakładów Aktywności Zawodowej.

**I. Informacje dotyczące uczestników kształcenia ustawcznego:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Działania** | **Liczba osób wg grup wiekowych** | **Poziom wykształcenia** |
| 15-24 | 25-34 | 35-44 | 45 i więcej | Gimnazjalne i poniżej | Zasadniczezawodowe | LO | Policealne i średnie zawodowe | Wyższe |
| pracodawca | pracownik | pracodawca | pracownik | pracodawca | pracownik | pracodawca | pracownik | pracodawca | pracownik | pracodawca | pracownik | pracodawca | pracownik | pracodawca | pracownik | pracodawca | pracownik |
| O | K | O | K | O | K | O | K | O | K | O | K | O | K | O | K | O | K |
| **Kursy** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Studia podyplomowe** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Egzaminy** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Badania lekarskie i/lub psychologiczne** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ubezpieczenie NNW** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**O -** Liczba osób ogółem w danej kategorii

**K** - Liczba kobiet w danej kategorii

**II . Wykaz poszczególmych działań objętych finansowaniem w ramch Krajowego Funduszu Szkoleniowego.**

 **1. Kursy do realizacji z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa kształcenia ustawicznego** | **Termin realizacji kursu** | **Zajmowane stanowisko osoby objętej działaniem** | **Okres zatrudnienia** | **Liczba osób** | **Całkowita wysokość wydatków****w zł.** | **Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł.** | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł.** | **Koszt na jednego uczestnika** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** |  |  |  |  |  |

**2. Studia podyplomowe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Kierunek studiów podyplomowych**  | **Termin realizacji poszczególnych semestrów** | **Zajmowane stanowisko osoby objętej działaniem** | **Okres zatrudnienia** | **Liczba osób** | **Całkowita wysokość wydatków****w zł.** | **Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł.** | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł.** | **Koszt na jednego uczestnika** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** |  |  |  |  |  |

**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** | **Termin przeprowadzenia egzaminu** | **Zajmowane stanowisko osoby objętej działaniem** | **Okres zatrudnienia** | **Liczba osób** | **Całkowita wysokość wydatków****w zł.** | **Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł.** | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł.** | **Koszt na jednego uczestnika** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** |  |  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj badań lekarskichi psychologicznych wymaganych do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu** | **Nazwa i adres jednsotki przeprowadzającej badania oraz****termin jego wykonania** | **Zajmowane stanowisko osoby objętej działaniem** | **Okres zatrudnienia** | **Liczba osób** | **Całkowita wysokość wydatków****w zł.** | **Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł.** | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł.** | **Koszt na jednego uczestnika** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** |  |  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem** | **Nazwa i adres ubezpieczyciela oraz****okres ubezpieczenia** | **Zajmowane stanowisko osoby objętej działaniem** | **Okres zatrudnienia** | **Liczba osób** | **Całkowita wysokość wydatków****w zł.** | **Wnioskowana wysokość środków z KFS w zł.** | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę w zł.** | **Koszt na jednego uczestnika** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM** |  |  |  |  |  |

**CAŁKOWITA WYSOKOŚĆ WYDATKÓW ZWIĄZANYCH Z KSZTAŁCENIEM USTAWICZNYM**

Całkowita wysokość wydatków, która będzie poniesiona na działania związane z kształceniem ustawicznym (wymienionych w art. 69a ust. 2 pkt. 1 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy) suma razem z poszczególnych form (1 - 5) ………………………..………………………… zł. w tym;

1. **kwota wnioskowana razem z KFS**  (1 - 5) ……………………………………. zł.

słownie: …………............................................……………………………………………………………………….....................................................………. zł.

1. kwota wkładu własnego razem wnoszonego przez pracodawcę (1 - 5) …………………….…….. zł.

słownie: …………............................................……………………………………………………………………….....................................................………. zł.

OŚWIADCZENIE

* Oświadczam, że w kwocie wskazanej w wykazie działań objętych finansowaniem w ramach KFS znajdują się koszty kształcenia ustawicznego bez ewentualnych kosztów przejazdów, zakwaterowania i wyżywienia związanego z kształceniem ustawicznym.
* Oświadczam, że złożyłem wniosek o dofinansowanie ze środków KFS w innym urzędzie pracy:

 □ TAK, na kwotę...............................................................................................................................

 □ NIE

 Miejscowość, data ................................................................... ..............................................................................

 podpis osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy