**ZESTAWIENIE WYDATKOWANYCH KWOT NA POSZCZEGÓLNE DZIAŁANIA**

**OBJĘTE UMOWĄ NR PPZ.627. … .2024 z dnia …………………………………**

**1. Kursy**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwa kursu**  **Termin realizacji** | **Nazwa instytucji szkoleniowej**  **Miejsce realizacji szkolenia** | **Imię i Nazwisko PESEL**  **uczestnika** | **Koszt kursu  dla 1 osoby** | **Nr faktur/rachunków** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |

**2. Studia podyplomowe**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Kierunek studiów podyplomowych**  **Terminy realizacji semestrów** | **Nazwa i adres uczelni realizującej studia podyplomowe** | **Imię i Nazwisko PESEL**  **uczestnika** | **Koszt studiów podyplomowych dla 1 osoby** | **Nr faktur/ rachunków** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj i termin**  **egzaminu** | **Nazwa i adres jednostki egzaminującej** | **Imię i Nazwisko PESEL**  **uczestnika** | **Koszt egzaminu dla 1 osoby** | **Nr faktur/ rachunków** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj badań lekarskich  i psychologicznych**  **Termin przeprowadzenia**  **badań** | **Nazwa i adres jednostki przeprowadzającej badania** | **Imię i nazwisko PESEL osoby kierowanej na badanie** | **Koszt badań lekarskich lub psychologicznych dla 1 osoby** | **Nr faktur/ rachunków** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Ubezpieczenie od NNW**  **Okres ubezpieczenia** | **Nazwa i adres ubezpieczyciela** | **Imię i nazwisko PESEL osoby kierowanej na badanie** | **Koszt ubezpieczenia**  **od NNW dla 1 osoby** | **Nr faktur/ rachunków** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Liczba** | | **Wykształcenie** | | | | | | **Liczba osób pracująca  w szczególnych warunkach/ wykonująca pracę  o szczególnym charakterze** |  |  |
| **kobiet** | **mężczyzn** | **wyższe** | **policealne** | **średnie zawodowe** | **średnie LO** | **zasadnicze zawodowe** | **podstawowe / gimnazjalne** |
| Kursy |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Studia podyplomowe |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Egzaminy |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Badania lekarskie i/lub psychologiczne |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ubezpieczenie NNW |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Liczba osób, które rozpoczęły kurs, studia podyplomowe lub przystąpiły do egzaminu finansowanego z udziałem środków KFS: ……

Liczba osób, które ukończyły z wynikiem pozytywnym kurs, studia podyplomowe lub zdały egzamin finansowany z udziałem   
środków KFS: ……..

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

Miejscowość, data podpis Wnioskodawcy

lub osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy