….......................………

(pieczątka wnioskodawcy)   **Załącznik nr 1 do Wniosku o przyznanie środków KFS**

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

**KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO WNIOSKUJE PRACODAWCA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Nazwisko i imię uczestnika** | **Grupa wiekowa**  15-24  25-34  35-44  45 lat i więcej | **Poziom wykształcenia**  -gimnazjalne i poniżej -zasadnicze zaw. -średnie ogólnokształcące -policealne i średnie zaw. -wyższe | **Pracodawca /Pracownik** | **Podstawa zatrudnienia pracownika1)** (rodzaj umowy  o pracę i termin na jaki jest zawarta umowa) | **Zajmowane stanowisko pracy/zawód** | **Miejsce (adres) wykonywania pracy2)** | **Wnioskowany rodzaj kształcenia  wraz z nazwą kierunku**  - kurs - egzamin  - studia podyplomowe  - badania lekarskie  - ubezpieczenie NNW | **Wnioskowana kwota z KFS na jednego uczestnika**  (100% w przypadku mikroprzedsiębiorców,  a pozostali 80% całkowitych kosztów) |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Oświadczam, że wysokość uzyskanego dofinansowania ze środków KFS w 2024 r. na jednego uczestnika* **(właściwe wpisać)** ………………………………………

(nie przekracza / przekracza)

*300% przeciętnego wynagrodzenia obowiązującego w dniu otrzymania dofinansowania ze środków KFS.*

*Prawdziwość informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem:*

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

(data) (czytelny podpis wnioskodawcy)