….......................………

 (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**15-2425-3435-4445 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)