|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | logo_CAZ2.jpg | W:\Herb_Malgorzata.png |
| **SĄDECKI URZĄD PRACY, 33-300 Nowy Sącz, ul. Zielona 55  tel. 18 44 89 282, fax: 18 44 89 313**, **e-mail:** **sup@sup.nowysacz.pl** |

………………………………………. ……………………………

(pieczątka firmowa Pracodawcy) (miejscowość, data)

  **Sądecki Urząd Pracy**

**w Nowym Sączu**

**WNIOSEK**

**pracodawcy o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego   
na kształcenie ustawiczne pracodawców i pracowników**

na podstawie art. 69a do 69b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (KFS) wnioskuję o przyznanie środków z KFS na kształcenie ustawiczne pracowników i/lub pracodawcy.

**I. DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY:**

1. Pełnanazwa Pracodawcy: ………………………………………………………………..……………………………………..……………….
2. Adres siedziby: ………………………………………………………………………………………………………………………..……………….
3. Miejsce prowadzenia działalności: …………………………………………………………..………….………………..…….…………..
4. Numer identyfikacji podatkowej NIP: ……………………………………………………………………………………………………….
5. Numer identyfikacyjny REGON: ……..…………………………………………………….…………………..………………………………
6. Przeważający rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej według PKD: .…………………..………………………….
7. Liczba zatrudnionych pracowników na dzień składania wniosku (bez przeliczenia na pełne etaty): ………………………, w tym:

- ………… pracowników młodocianych,

- ………… zatrudnionych w oddziałach/placówkach/punktach w Nowym Sączu.

1. Imię i nazwisko osoby wskazanej przez Pracodawcę do kontaktów, numer telefonu oraz adres poczty elektronicznej: ………..……………………………………………….…………………………………………..………………………………… …………….……………………………………………………..……….…………………………………………………………..……………………….
2. Numer rachunku bankowego i nazwa banku:

🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌

(wykorzystywanego w zakresie wykonywanej działalności gospodarczej, w przypadku podatników VAT **zgodnego z „białą listą”**)

Nazwa banku: …………………………………………………………………………..………………………………………………………….

1. Forma organizacyjno – prawna prowadzonej działalności:

🗌 jednoosobowa działalność gospodarcza 🗌 spółka zarejestrowana w KRS w formie spółki

🗌 spółka cywilna 🗌 inna forma …………………………....………………………………………..

1. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej: …………….………………..….….……………………………….
2. Liczba osób planowanych do objęcia kształceniem ustawicznym zgodnie z priorytetami wydatkowania środków KFS ustalonymi przez Ministra Rodziny i Polityki Społecznej w porozumieniu z Radą Rynku Pracy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Priorytety wydatkowania środków KFS w 2022 r.** | **Liczba osób** |
| **Priorytet 1)** | wsparcie kształcenia ustawicznego osób zatrudnionych w firmach, które na skutek pandemii COVID-19, musiały podjąć działania w celu dostosowania się do zmienionej sytuacji rynkowej |  |
| **Priorytet 2)** | wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem |  |
| **Priorytet 3)** | wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych |  |
| **Priorytet 4)** | wsparcie kształcenia ustawicznego osób pracujących będących członkami rodzin wielodzietnych |  |
| **Priorytet 5)** | wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników Centrów Integracji Społecznej, Klubów Integracji Społecznej, Warsztatów Terapii Zajęciowej, Zakładów Aktywności Zawodowej, członków lub pracowników spółdzielni socjalnych oraz pracowników zatrudnionych  w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego wskazanych  na liście/rejestrze przedsiębiorstw społecznych prowadzonym przez MRiPS |  |
| **Priorytet 6)** | wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych technologii  i narzędzi pracy, w tym także technologii i narzędzi cyfrowych oraz podnoszenie kompetencji cyfrowych |  |
| **Priorytet 7)** | wsparcie kształcenia ustawicznego osób pracujących w branży motoryzacyjnej |  |

**II. DANE DOTYCZĄCE WYSOKOŚCI WNIOSKOWANEJ KWOTY DOFINANSOWANIA\***

1. Całkowita wysokość wydatków planowanych działań kształcenia ustawicznego: ……………..……….... zł, w tym:

* wnioskowana wysokość **środków z KFS**: …………………………………………. zł

(słownie: .......……………………………………………………………..……………………..………………………….... zł), w tym:

* w ramach priorytetu 1) - …………………………………………. zł
* w ramach priorytetu 2) - …………..………………............... zł
* w ramach priorytetu 3) - …………………………………………. zł
* w ramach priorytetu 4) - …………………………………………. zł
* w ramach priorytetu 5) - …………………………………………. zł
* w ramach priorytetu 6) - …………………………………………. zł
* w ramach priorytetu 7) - …………………………………………. zł
* wysokość **wkładu własnego**: ………………………………………….. zł

(słownie: ……………………………………….…………………………………………….…………………………………….…..……. zł)

**\* *uwaga: przy wyliczaniu wnioskowanej kwoty dofinansowania***

* ***należy uwzględnić wyłącznie koszty samego kształcenia ustawicznego, tj. należność dla instytucji szkoleniowej, uczelni*** *itd., bez kosztów zakwaterowania, wyżywienia, przejazdu,*
* ***nie można uwzględnić innych kosztów****, które pracodawca ponosi w związku z udziałem pracowników w kształceniu ustawicznym,   
  np. wynagrodzenia za godziny nieobecności w pracy w związku z uczestnictwem w zajęciach, kosztów delegacji w przypadku konieczności dojazdu do miejscowości innej niż miejsce pracy itp.*

**III. INFORMACJA DOTYCZĄCA ZAKRESU WNIOSKOWANEGO KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Działania** | **Nazwa szkolenia, studiów podyplomowych, egzaminów, badań lekarskich** | **Organizator kształcenia**  **(nazwa, adres, NIP)** | **Liczba osób przewidzianych do objęcia wsparciem**  **wg grup wieku** | | | | | **Termin  i miejsce realizacji (od…do..)** | **Całkowita wysokość wydatków** | **Kwota wnioskowana**  **z KFS** | **Wysokość wkładu własnego** | **Koszt kształcenia ustawicznego na jednego uczestnika** |
| Ogółem/  w tym kobiet | 15-24 lata/  w tym kobiet | 25-34  lata/ w tym kobiet | 35-44  lata/  w tym kobiet | 45 lat  i więcej/ w tym kobiet |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |
| **SZKOLENIA/KURSY**  **(liczba godzin dla każdego szkolenia)** | 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **STUDIA PODYPLOMOWE**  **(liczba godzin)** | 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **EGZAMINY** umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych | 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **BADANIA LEKARSKIE I PSYCHOLOGICZNE** wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu | 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | **x** | **x** | **x** | **x** | **x** | **x** |  |  |  | **x** |

**1. Wskazanie działań, o których mowa w art. 69a ust. 2 pkt 1, liczby osób według grup wieku, form kształcenia ustawicznego, kosztów kształcenia ustawicznego na**

**jednego uczestnika oraz terminu realizacji wskazanych działań.**

**2. Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy oraz obowiązujących priorytetów wydatkowania środków z KFS.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko uczestnika\*** | **Nazwa formy kształcenia ustawicznego (np. szkolenia, kierunku studiów podyplomowych itd.)**  **liczba godzin danej formy kształcenia ustawicznego** | **Priorytet** | **Czy osoba korzystała  z kształcenia ustawicznego  w ramach KFS w 2021 r.** | **Wartość otrzymanego wsparcia**  **w 2021 r.  w przypadku zaznaczenia „TAK”** | **Wiek osoby przewidzianej do objęcia kształceniem ustawicznym (data urodzenia)** | **Poziom wykształcenia\*\*** | **Nazwa zawodu lub specjalności (zgodnie z klasyfikacją zawodów lub specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz sprawozdaniem GUS Z-05**  **(nazwa) oraz 6-cyfrowy kod zawodu lub specjalności)** | **a) Forma zatrudnienia   b) okres obowiązywania umowy  (od .… – do …)**  **c) wymiar czasu pracy** | **Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osób, które będą objęte kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS lub  w przypadku kształcenia pracodawcy informacja na temat planów działania firmy w przyszłości** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** |
|  |  | 1. |  | TAK  NIE |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |
|  |  | 1. |  | TAK  NIE |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |
|  |  | 1. |  | TAK  NIE |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |
|  |  | 1. |  | TAK  NIE |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |

\* *jedna osoba powinna być wykazana raz z wyszczególnieniem wszystkich form i nazw wsparcia, w których będzie uczestniczyć,*

*\*\* w kolumnie 8 (Poziom wykształcenia) w przypadku wykształcenia średniego należy wpisać czy jest to wykształcenie średnie ogólnokształcące, średnie zawodowe czy pomaturalne/policealne.*

**2.1. Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego osób\*, które będą objęte określoną formą wsparcia przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy oraz obowiązujących priorytetów wydatkowania środków z KFS (w kontekście przedmiotu planowanego szkolenia, studiów podyplomowych itd.)**:

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

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

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

*\* potrzebę odbycia kształcenia ustawicznego* ***należy uzasadnić dla każdego pracownika******bądź pracodawcy*** *wskazanego we wniosku,   
 w przypadku gdy tą samą formą kształcenia ustawicznego objęta jest większa grupa osób uzasadnienie może być łączne.*

**3. Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego finansowanej ze środków z KFS.**

***Uwaga!*** W przypadku wnioskowania o więcej niż jedno szkolenie/studia podyplomowe/egzamin/badania – należy rozpisać dla każdej formy kształcenia ustawicznego.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | **OFERTA**  **WYBRANEJ Instytucji szkoleniowej/Uczelni/**  **Jednostki przeprowadzającej badania** | **DRUGA POZYSKANA OFERTA\*\***  **Instytucji szkoleniowej/Uczelni/ Jednostki przeprowadzającej badania** |
|  | **Nazwa i siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego**  (Instytucji Szkoleniowej/Uczelni/Przychodni) |  |  |
|  | Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego **certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego** (np. zgodnych  z aktualną listą certyfikatów prowadzoną przez Polską Agencję Rozwoju Przedsiębiorczości (PARP) na potrzeby Bazy Usług Rozwojowych (BUR)). | **TAK \*\*\* NIE** | **TAK \*\*\* NIE** |
|  | Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego dokumentu, na podstawie którego prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego – dotyczy kursów. | **TAK \*\*\* NIE** | **TAK \*\*\* NIE** |
|  | **Nazwa kształcenia ustawicznego** (szkolenia/studiów podyplomowych /egzaminu/badań) |  |  |
|  | **Liczba godzin kształcenia ustawicznego** (szkolenia/studiów podyplomowych)  (przypadająca na 1 uczestnika) |  |  |
|  | **Cena\* usługi kształcenia ustawicznego** (szkolenia/studiów podyplomowych /egzaminu/badań) **w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku, o ile są dostępne** (przypadająca na 1 uczestnika) |  |  |
|  | **Koszt osobogodziny** szkolenia/studiów podyplomowych (iloraz kwoty ujętej  w wierszu nr 6 do liczby podanej w wierszu nr 5) |  |  |
|  | **Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego** (Instytucji Szkoleniowej/Uczelni/Przychodni) |  | |

*\* bez kosztów wyżywienia, zakwaterowania, przejazdu*

*\*\*Sądecki Urząd Pracy zastrzega sobie możliwość wglądu do drugiej pozyskanej oferty rynkowej planowanego szkolenia/studiów podyplomowych/egzaminu/badania ze wskazaniem instytucji*

*\*\*\*Jeżeli tak, należy dołączyć kserokopię dokumentu wybranej instytucji*

Oświadczam, że dokonałem/am rozeznania rynku ww. usług w przedmiotowym zakresie.

Data……………………………………………………………….. ………..………………………….……………. podpis i pieczątka imienna Pracodawcy lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania

***Oświadczam, że wszelkie podane przeze mnie dane i oświadczenia w niniejszym wniosku   
i załącznikach są prawdziwe oraz zgodne z aktualnym stanem faktycznym.***

Data…………………………. …………………………….…………………..

podpis i pieczątka imienna Pracodawcy lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania

***Załączniki:***

1. **obowiązkowe, wskazane w** **§5 ust. 2 rozporządzenia (których niedołączenie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia):**
2. *Zaświadczenie lub Oświadczenie Pracodawcy dotyczące pomocy de minimis otrzymanej w roku, w którym ubiega się o pomoc oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat podatkowych (załącznik nr 1),*
3. *Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (załącznik nr 1a),*

*wraz z instrukcją wypełnienia tabeli w części D formularza,*

1. *Kopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności   
   – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej. Umowa spółki w przypadku ubiegania się spółek cywilnych,*
2. *Program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu (załącznik nr 2),*
3. *Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawianego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących,*

**Uwaga:****Dokument potwierdzający kompetencje nabyte przez uczestnika kształcenia powinien zawierać dane pozwalające na identyfikację osoby której dotyczy, w szczególności: imię i nazwisko oraz numer PESEL uczestnika szkolenia** **(lub data urodzenia – w przypadku braku numeru PESEL), nazwę instytucji szkoleniowej przeprowadzającej szkolenie, formę i nazwę szkolenia, okres trwania szkolenia, wymiar godzin zajęć edukacyjnych, podpis osoby upoważnionej przez instytucję szkoleniową, numer z rejestru wydawanych zaświadczeń (jeżeli jest prowadzony rejestr wydawanych zaświadczeń) oraz miejsce i datę wydania zaświadczenia lub innego dokumentu, który będzie potwierdzał nabycie kompetencji przez uczestnika zgodnie z załączonym do wniosku programem kształcenia.**

1. **pozostałe załączniki:**
2. *Pouczenie dotyczące przyznawania środków z KFS (załącznik nr 3),*
3. *Oświadczenie Pracodawcy ubiegającego się o przyznanie środków na kształcenie ustawiczne  
   z KFS (załącznik nr 4),*
4. *Oświadczenie Wnioskodawcy o braku powiązań kapitałowych lub osobowych (załącznik nr 5),*
5. *Oświadczenie Pracodawcy o spełnianiu kryteriów mikroprzedsiębiorstwa (załącznik nr 6),*
6. *Oświadczenia Pracodawcy wnioskującego o działania w ramach poszczególnych priorytetów (załączniki nr 7, 7a-7g),*
7. *Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych Pracodawcy i pracowników Pracodawcy oraz innych osób uczestniczących w realizacji zadań w zakresie kształcenia ustawicznego   
   w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego (załącznik nr 8).*
8. *Oświadczenie Pracodawcy o dołączeniu do wniosku obowiązkowych załączników (załącznik nr 9).*

***Kserokopie dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem.***

*Szczegółowe informacje można uzyskać w SUP Nowy Sącz, ul. Zielona 55*

*I piętro, pok. 106*

*🕿 (*18) 44 89 307, *🕿 (*18) 44 89 270

*Kompletny wniosek należy złożyć w siedzibie Sądeckiego Urzędu Pracy na Dzienniku Podawczym,   
ul. Zielona 55, 33-300 Nowy Sącz, za pośrednictwem operatora pocztowego w rozumieniu przepisów   
o prawie pocztowym lub w postaci elektronicznej podpisany podpisem kwalifikowalnym, profilem zaufanym ePUAP lub podpisem osobistym na elektroniczną skrzynkę podawczą Sądeckiego Urzędu Pracy w Nowym Sączu.*

*Formularz wniosku jest dostępny na stronie internetowej Sądeckiego Urzędu Pracy – adres:*[*www.supnowysacz.praca.gov.pl*](http://www.supnowysacz.praca.gov.pl)

Uwaga:

W przypadku, gdy pracodawcę lub przedsiębiorcę reprezentuje pełnomocnik, do wniosku musi być załączone pełnomocnictwo określające jego zakres i podpisane przez osoby uprawnione do reprezentacji pracodawcy lub przedsiębiorcy. Pełnomocnictwo należy przedłożyć w oryginale, w postaci notarialnie potwierdzonej kopii lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez osobę lub osoby udzielające pełnomocnictwa (tj. osobę lub osoby uprawnione do reprezentacji pracodawcy lub przedsiębiorcy). Podpis lub podpisy osób uprawnionych do występowania w obrocie prawnym w imieniu pracodawcy muszą być czytelne lub opatrzone pieczątkami imiennymi.



**Załącznik nr 1**

...............................................................

Nazwa lub imię i nazwisko, adres Pracodawcy

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

**dotyczące otrzymanej pomocy de minimis**

* **dotyczy**

(*w przypadku zaznaczenia ww. pozycji należy uzupełnić poniższe dane oraz* ***dodatkowo wypełnić załącznik nr 1a*** „*Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis”*)

* **nie dotyczy**

**oświadczam, że\*:**

* w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych **nie uzyskałem/łam** pomocy   
  *de minimis.*
* w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat budżetowych **uzyskałem/łam** pomoc   
  *de minimis* w następującej wielkości (proszę wypełnić poniższą tabelę\*\*)

**Oświadczam, że w okresie od dnia 01.01.2020 r. do dnia .............................\*\*\*** otrzymałem/łam następującą pomoc *de minimis*:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Organ udzielający pomocy | Podstawa prawna jej otrzymania | Dzień/miesiąc/ rok udzielenia pomocy | Wartość pomocy  brutto | | Nr programu pomocowego,decyzji lub umowy |
| w PLN | w EURO |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Suma:** | | | |  |  |  |

**\*/ należy zaznaczyć właściwą odpowiedź**

**\*\*/ należy podać pomoc otrzymaną przez wszystkie jednostki gospodarcze należące do „jednego przedsiębiorstwa”**   
*w rozumieniu przepisów Komisji (UE) Nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznające niektóre rodzaje pomocy za zgodne   
z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 187 z 26.06.2014, str. 1 z późn. zm.).*

***\*\*\*/dzień poprzedzający datę złożenia wniosku.***

Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe.

Data ....................................... ………………...............................................................................

Podpis i pieczątka imienna Pracodawcy lub

osoby upoważnionej do jego reprezentowania

**Załącznik nr 2**

**PROGRAM KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO lub ZAKRES EGZAMINU**

*(proszę zaznaczyć znakiem X właściwą pozycję*)

* **PROGRAM KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO** (kursu/studiów podyplomowych\*)

1. Realizator: ………………………………………………..……………………………………………………………………. …………………………………………………………….…………………...........................................................
2. Nazwa kursu/studiów podyplomowych\*:………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. Termin, miejsce i forma realizacji: …………………………………………….…………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………
4. Plan nauczania:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tematy zajęć edukacyjnych** | **Treści szkolenia w ramach poszczególnych zajęć edukacyjnych** | **Ilość godzin teoretycznych** | **Ilość godzin praktycznych** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Razem:** | |  |  |

1. Uzyskane efekty kształcenia:…………………………………………………………………………………………. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* **ZAKRES EGZAMINU** umożliwiającego uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych

(*należy wypełnić w przypadku, gdy formą kształcenia finansowaną w ramach KFS jest egzamin, który nie został uwzględniony w programie i koszcie kursu*)

1. Realizator/Jednostka egzaminująca: ……………………………………………………………………………….. ….…………………………………………..………………………………………………………………………………………… ………………………..………………………………………….…………………....................................................
2. Nazwa egzaminu: …………………………………………………………………………………………………………… …………………………….…………………………………………..……………………………………………………………..
3. Termin, miejsce i forma realizacji: ……………………………………………………………………………… …………………………………………………….………………………………………………………………………………….. …………………………………………………………………………….…………………………….…………………………….
4. Nabyte umiejętności, kwalifikacje lub uprawnienia zawodowe:………………………………………. …………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………

Imię i nazwisko osoby sporządzającej program z ramienia organizatora kształcenia ustawicznego ……………………………………………….. nr tel. ………………………………………………………..

***W przypadku gdy Pracodawca wnioskuje o kilka działań do realizacji, musi uzupełnić   
ww. załącznik oddzielnie dla każdej z form wsparcia.***

**Oświadczam, że:**

* w koszty kursów/studiów podyplomowych/egzaminów\* nie zostały wliczone inne koszty, np. koszty wyżywienia, zakwaterowania, koszty dojazdu lub koszty zakupu oprogramowania, maszyn, urządzeń lub narzędzi;
* realizator został poinformowany, że środki o które ubiega się Wnioskodawca   
  są środkami publicznymi, co zostało uwzględnione na etapie ustalenia ceny usługi.

\*niepotrzebne skreślić

............................ dn. …………………….........

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

Podpis i pieczątka imienna Pracodawcy lub

osoby upoważnionej do jego reprezentowania

**Załącznik nr 3**

**Pouczenie dotyczące przyznawania środków z KFS**

1. Na podstawie art. 69b ust 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia   
   i instytucjach rynku pracy na wniosek pracodawcy, na podstawie umowy, starosta może przyznać środki z KFS na sfinansowanie: kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy,   
   w wysokości:
2. **80% kosztów kształcenia ustawicznego**, nie więcej jednak niż 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika;
3. **100% kosztów kształcenia ustawicznego**, nie więcej jednak niż 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika w przypadku mikroprzedsiębiorstw.**\***
4. Pracodawca zobowiązany jest do zawarcia umowy z pracownikiem, któremu zostaną sfinansowane koszty kształcenia ustawicznego, określającą prawa i obowiązki stron.
5. Starosta rozpatruje wnioski wraz z załącznikami **złożone w terminie naboru wniosków** ogłoszonym przez Sądecki Urząd Pracy na stronie internetowej, na tablicy informacyjnej oraz   
   w siedzibie Sądeckiego Urzędu Pracy.
6. W przypadku gdy wniosek jest wypełniony nieprawidłowo, pracodawcy zostanie wyznaczony termin nie krótszy niż 7 dni i nie dłuższy niż 14 dni do jego poprawienia.
7. Pomiędzy pracodawcą a starostą mogą być przeprowadzone negocjacje treści wniosku w celu ustalenia ceny usługi kształcenia ustawicznego, liczby osób objętych kształceniem ustawicznym, realizatora usługi, programu kształcenia ustawicznego lub zakresu egzaminu, z uwzględnieniem zasady zapewnienia najwyższej jakości usługi oraz zachowania racjonalnego wydatkowania środków publicznych.
8. Środki z KFS przyznane pracodawcy będącego przedsiębiorcą na sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego stanowią pomoc udzielaną zgodnie z warunkami dopuszczalności pomocy *de minimis*.
9. Szczegółowe zasady i tryb finansowania oraz rozliczenia działań z KFS zostały określone   
   w ***„Regulaminie przyznawania środków na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawców ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego w Sądeckim Urzędzie Pracy w 2022 roku”***,który jest dostępny na stronie internetowej *www.supnowysacz.praca.gov.pl*.
10. Pracodawca zobowiązany jest spełniać definicję pracodawcy przez cały okres trwania umowy   
    o finansowanie działań obejmujących kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy.

**Zapoznałem/łam się z treścią „Regulaminu przyznawania środków na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawców ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego w Sądeckim Urzędzie Pracy w 2022 roku” oraz niniejszego pouczenia i jestem świadomy/a uprawnień   
i obowiązków wynikających z obowiązujących przepisów.**

Data…………………………. ………………..……………….……………………………………..

Podpis i pieczątka imienna Pracodawcy lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania

**Załącznik nr 4**

........................................................

Nazwa lub imię i nazwisko, adres Pracodawcy

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**ubiegającego się o przyznanie środków na kształcenie ustawiczne   
z Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

1. Zapoznałem/am się z treścią art. 69a i 69b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz rozporządzenia MPiPS z dnia 14 maja 2014r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego i spełniam warunki do otrzymania dofinansowania określonego w tych przepisach.
2. **Jestem/nie jestem**\* beneficjentem pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej.
3. **Jestem/nie jestem**\* pracodawcą w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeksu pracy i mam świadomość konieczności zachowania tego statusu przez cały okres realizacji kształcenia ustawicznego finansowanego ze środków KFS.
4. Pracownicy objęci wnioskiem są zatrudnieni na podstawie umowy o pracę/powołania/mianowania/ spółdzielczej umowy o pracę **w wymiarze co najmniej ½ etatu, przez okres min. 3 miesięcy przed dniem złożenia wniosku oraz będą zatrudnieni co najmniej przez cały okres uczestnictwa   
   w kształceniu ustawicznym.**
5. **Jestem/nie jestem**\* w stanie likwidacji lub upadłości.
6. **Jestem/nie jestem/nie dotyczy**\* zobowiązany do zwrotu otrzymanej pomocy publicznej wynikającej   
   z wcześniejszych decyzji uznających pomoc za niezgodną z prawem i ze wspólnym rynkiem.
7. Oświadczam, że koszt dofinansowania przez Urząd kształcenia ustawicznego ze środków KFS przypadający na jednego uczestnika nie przekracza równowartości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku kalendarzowym.
8. Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy   
   z urzędem pracy otrzymam pomoc de minimis (*dotyczy pracodawcy będącego przedsiębiorcą*).
9. Dane zawarte w Krajowym Rejestrze Sądowym udostępnione przez Centralną Informację Krajowego Rejestru Sądowego na stronie internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości na dzień złożenia wniosku są **aktualne/nieaktualne/ nie dotyczy**\*.
10. Dane zawarte w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej udostępnione na stronie internetowej Ministerstwa Gospodarki na dzień złożenia wniosku są **aktualne/ nieaktualne/nie dotyczy**\*.
11. Oświadczam, że całkowita wartość planowanych działań kształcenia ustawicznego wskazana   
    we wniosku **obejmuje wyłącznie należność dla instytucji szkoleniowej realizującej szkolenie**   
    (nie obejmuje dodatkowych kosztów w związku z realizowanym kształceniem takich jak np. wyżywienie, zakwaterowanie, koszt dojazdu na szkolenie, koszt delegacji).
12. **Przysługuje/nie przysługuje\*** mi prawo odzyskania podatku naliczonego lub obniżenia kwoty podatku należnego o kwotę podatku naliczonego zawartego w wykazanych wydatkach.
13. Oświadczam, że zapoznałem się z „Informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych Pracodawcy i pracowników Pracodawcy oraz innych osób uczestniczących w realizacji zadań   
    w zakresie kształcenia ustawicznego w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego (KFS)” stanowiącą załącznik nr 8 do niniejszego wniosku oraz poinformowałem/poinformuję o jej treści osoby, których dane będą przetwarzane.
14. **Zobowiązuje się** do bieżącego informowania Sądeckiego Urzędu Pracy o wszystkich zmianach danych zawartych w niniejszym oświadczeniu.
15. **Oświadczam**, że zapoznałem się i akceptuję treść **„Regulaminu przyznawania środków na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawców ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego w Sądeckim Urzędzie Pracy w 2022 roku”.**
16. **Spełniam/nie spełniam/nie dotyczy**\* pozostałe warunki konieczne do otrzymania pomocy de minimis wynikające z przepisów regulujących zasady jej udzielania, o którym mowa w :
    * ustawie z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej;
    * rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis;
    * rozporządzeniu Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis;
    * rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym;
    * rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa   
      i akwakultury;
    * rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis.* ze szczególnym uwzględnieniem załącznika I.

***\*niepotrzebne skreślić***

Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe.

Data ....................................... ………………....................................................................

Podpis i pieczątka imienna Pracodawcy lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania

**Załącznik nr 5**

...............................................................

Nazwa lub imię i nazwisko, adres Pracodawcy

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**o braku powiązań kapitałowych lub osobowych**

Ja niżej podpisany(a) ……………………………………………………………………………………………………………………………

imię i nazwisko Pracodawcy lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania

Oświadczam, **że jesteśmy/nie jesteśmy\*** powiązani kapitałowo lub osobowo z instytucją szkoleniową wskazaną we wniosku do realizacji poszczególnych działań.

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Pracodawcą lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Pracodawcy, polegające  
w szczególności na:

* 1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
  2. posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji,
  3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
  4. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej (rodzice, dzieci, wnuki, teściowie, zięć, synowa) w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia (rodzeństwo, krewni małżonka), a także osoby pozostające ze stroną w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

***\*niepotrzebne skreślić***

Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe.

Data ....................................... ………………....................................................................

Podpis i pieczątka imienna Pracodawcy lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania

**Załącznik nr 6**

.....................................................................

Nazwa lub imię i nazwisko, adres Pracodawcy

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

**o spełnianiu kryteriów mikroprzedsiębiorstwa**

* **dotyczy** *(w przypadku zaznaczenia ww. pozycji należy uzupełnić poniższe dane)*
* **nie dotyczy**

**Oświadczam, że jestem/nie jestem\* mikroprzedsiębiorstwem** i **spełniam/nie spełniam**\* kryteria mikroprzedsiębiorstwa określone w rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014r. uznające niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym   
w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy   
*de minimis* **zgodnie z którym** ***mikroprzedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 pracowników\*\* i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.***

***\*/ niepotrzebne skreślić***

**\*\*/** ***Liczba zatrudnionych osób*** *odpowiada liczbie rocznych jednostek pracy (RJP), to jest liczbie pracowników zatrudnionych   
w pełnym wymiarze czasu pracy w obrębie danego przedsiębiorstwa lub w jego imieniu w ciągu całego uwzględnianego roku referencyjnego. Praca osób, które nie przepracowały pełnego roku, osób, które pracowały w niepełnym wymiarze godzin, bez względu na długość okresu zatrudnienia, lub pracowników sezonowych jest obliczana jako część ułamkowa RJP.*

***W skład personelu wchodzą:***

*a) pracownicy;*

*b) osoby pracujące dla przedsiębiorstwa, podlegające mu i uważane za pracowników na mocy prawa krajowego;*

*c) właściciele-kierownicy;*

*d) partnerzy prowadzący regularną działalność w przedsiębiorstwie i czerpiący z niego korzyści finansowe.*

***Do liczby zatrudnionych osób nie wlicza się****: praktykantów, studentów odbywających szkolenie zawodowe na podstawie umowy o praktyce lub szkoleniu zawodowym. Nie wlicza się okresu trwania urlopu macierzyńskiego ani wychowawczego.*

Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe.

Data ....................................... ………………....................................................................

Podpis i pieczątka imienna Pracodawcy lub

osoby upoważnionej do jego reprezentowania

**Załącznik nr 7**

.....................................................................

Nazwa lub imię i nazwisko, adres Pracodawcy

**Oświadczenie Pracodawcy wnioskującego o działania w ramach poszczególnych priorytetów**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa priorytetu** | **Spełniam**  *(proszę zaznaczyć wybrany priorytet)* | **Sposób weryfikacji spełniania priorytetu  oraz wymagane dokumenty/oświadczenia** |
| **1** | Wsparcie kształcenia ustawicznego osób zatrudnionych w firmach, które na skutek pandemii COVID-19, musiały podjąć działania w celu dostosowania się do zmienionej sytuacji rynkowej |  | **Pracodawca dołącza do wniosku oświadczenie**  o konieczności nabycia nowych umiejętności czy kwalifikacji w związku ze zmianami w profilu działalności lub poszerzeniem/rozwojem działalności związanym  z pandemią COVID-19 (**Załącznik 7a**). |
| **2** | Wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem |  | **Pracodawca dołącza do wniosku oświadczenie,**  że uzyskane środki KFS będą przeznaczone na kształcenie ustawiczne osoby powracającej na rynek pracy po przerwie spowodowanej sprawowaniem opieki nad dzieckiem (**Załącznik 7b**). |
| **3** | Wsparcie kształcenia ustawicznego  w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych |  | **Pracodawca dołącza do wniosku oświadczenie**,  że kształcenie ustawiczne będzie zgodne z zawodem deficytowym wskazanym w wykazie zawodów deficytowych zidentyfikowanych w mieście Nowym Sączu, zamieszczonym w Załączniku nr 3 *„Regulaminu przyznawania środków na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawców ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego w Sądeckim Urzędzie Pracy  w 2022 roku”* **(załącznik 7c).** |
| **4** | Wsparcie kształcenia ustawicznego osób pracujących będących członkami rodzin wielodzietnych |  | **Pracodawca dołącza do wniosku oświadczenie,**  że uzyskane środki KFS będą przeznaczone na kształcenie ustawiczne osoby będącej członkiem rodziny wielodzietnej, która na dzień złożenia wniosku posiada Kartę Dużej Rodziny bądź spełnia warunki jej posiadania **(załącznik 7d)**. |
| **5** | Wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników Centrów Integracji Społecznej, Klubów Integracji Społecznej, Warsztatów Terapii Zajęciowej, Zakładów Aktywności Zawodowej, członków lub pracowników spółdzielni socjalnych oraz pracowników zatrudnionych w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego wskazanych na liście/rejestrze przedsiębiorstw społecznych prowadzonych przez MRiPS |  | **Pracodawca dołącza do wniosku oświadczenie**  że jest podmiotem uprawnionym do skorzystania ze wsparcia w ramach priorytetu oraz że osoby planowane do objęcia kształceniem ustawicznym są pracownikami ww. podmiotów **(załącznik 7e).** |
| **6** | Wsparcie kształcenia ustawicznego  w związku z zastosowaniem w firmach nowych technologii i narzędzi pracy,  w tym także technologii i narzędzi cyfrowych oraz podnoszenie kompetencji cyfrowych |  | 1. **Pracodawca dołącza do wniosku oświadczenie,**  że w ciągu jednego roku przed złożeniem wniosku, bądź  w ciągu trzech miesięcy po jego złożeniu, zostały/zostaną zakupione nowe maszyny i narzędzia, bądź będą wdrożone nowe technologie i systemy,  a osoby objęte kształceniem ustawicznym będą wykonywać nowe zadania związane  z wprowadzonymi/planowanymi do wprowadzenia zmianami **(załącznik 7f).**   Wsparciem ze środków KFS można objąć jedynie osobę, która w ramach wykonywania swoich zadań zawodowych/na stanowisku pracy korzysta lub będzie korzystała z nowych technologii i narzędzi pracy.   1. W przypadku wnioskowania o dofinansowanie podnoszenia kompetencji cyfrowych Pracodawca powinien wykazać we wniosku w części III pkt 2.1 dotyczącej uzasadnienia potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego, że posiadanie konkretnych umiejętności cyfrowych, które są objęte tematyką wnioskowanego szkolenia jest powiązane z pracą wykonywaną przez osobę kierowaną na szkolenie/studia podyplomowe. |
| **7** | Wsparcie kształcenia ustawicznego osób pracujących w branży motoryzacyjnej |  | Posiadanie przez pracodawcę jako przeważającego (według stanu na 1 stycznia 2022 r.) jednego z kodów PKD wskazanych w Załączniku nr 2 do *„Regulaminu przyznawania środków na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawców ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego w Sądeckim Urzędzie Pracy  w 2022 roku”* – Informacja dotycząca priorytetów wydatkowania środków KFS w 2022 roku.  Weryfikacja warunku dostępu do priorytetu  na podstawie oświadczenia pracodawcy **(Załącznik 7g**). |

Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe.

Data…………………………. ………………..……………….……………………………………..

Podpis i pieczątka imienna Pracodawcy lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania

**Załącznik nr 8**

**Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych**

**Pracodawcy i pracowników Pracodawcy oraz innych osób uczestniczących**

**w realizacji zadań w zakresie kształcenia ustawicznego w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego (KFS)**

Informujemy, że składając „Wniosek pracodawcy o przyznanie środków z KFS na kształcenie ustawiczne pracodawców i pracowników” w Sądeckim Urzędzie Pracy będziemy przetwarzać dane osobowe Pracodawcy i jego pracowników objętych wsparciem w ramach kształcenia ustawicznego oraz innych osób uczestniczących w realizacji zadań w zakresie kształcenia ustawicznego w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego, a administratorem danych będzie SUP w Nowym Sączu, ul. Zielona 55, 33-300 Nowy Sącz reprezentowany przez Dyrektora Urzędu. W urzędzie został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych, z którym kontakt jest możliwy w siedzibie Urzędu, ul. Zielona 55, telefonicznie pod numerem (18) 44 89 282 lub za pośrednictwem poczty elektronicznej iod@sup.nowysacz.pl. Szczegółowe dane kontaktowe można znaleźć   
w Biuletynie Informacji Publicznej Sądeckiego Urzędu Pracy w zakładce „Dane Adresowe”.

Dane są przetwarzane zgodnie z art. 6, ust. 1, lit. c) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) w celu realizacji zadań określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, ustawie z dnia 14 lipca 1983 roku o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach, a także w aktach wykonawczych do ww. ustaw.

Dane osobowe będą przetwarzane przez okres wynikający z jednolitego rzeczowego wykazu akt obowiązującego w Sądeckim Urzędzie Pracy.

Oprócz danych osobowych pozyskanych bezpośrednio od Pana/i, Sądecki Urząd Pracy będzie przetwarzał dane, do których dostęp jest możliwy na podstawie przepisów prawa, w szczególności dane pozyskane w rejestrach CEIDG, KRS, REGON w Aplikacji Centralnej oraz Rejestrze Instytucji Szkoleniowych w zakresie informacji o przedsiębiorcach i innych podmiotach w zakresie niezbędnym do realizacji zadań.

Ponadto informujemy, że ma Pan/i prawo żądania od administratora dostępu do danych osobowych, które Pana/i dotyczą, otrzymania ich kopii, ich sprostowania gdy są nieprawidłowe, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lubo prawie do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania jeżeli Pana/i zdaniem nie mamy do tego podstaw. Ma Pan/i prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeżeli Pan/i uważa, że przetwarzamy Pana/i dane niezgodnie z prawem.

Podawane przez Pana/ią dane osobowe są niezbędne do realizacji zadań określonych w przywołanych przepisach, a odmowa ich przekazania skutkować będzie brakiem możliwości udzielenia wsparcia na kształcenie ustawiczne pracodawców i pracowników w ramach KFS.

Urząd nie będzie wykorzystywał Pana/i danych do zautomatyzowanego podejmowania decyzji w tym profilowania, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO.

Pozyskane od Pana/i dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom i osobom upoważnionym do ich otrzymania i przetwarzania na podstawie przepisów prawa oraz podmiotom, z którymi zawarto umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, które zajmują się usuwaniem błędów w działaniu oprogramowania służącego do przetwarzania danych osobowych.

**Oświadczam, że zapoznałem się z „Informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych Pracodawcy i pracowników Pracodawcy oraz innych osób uczestniczących w realizacji zadań w zakresie kształcenia ustawicznego w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego (KFS)” oraz poinformowałem/poinformuję o jej treści osoby, których dane będą przetwarzane.**

............................dn. ............... .....................................................................

Pieczątka i podpis Pracodawcy lub osoby (osób)

uprawnionej(ych) do reprezentowania Pracodawcy

**Załącznik nr 9**

.....................................................................

Nazwa lub imię i nazwisko, adres Pracodawcy

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

**o załączeniu do wniosku obowiązkowych załączników**

Oświadczam, że do Wniosku pracodawcy o przyznanie środków z KFS na kształcenie ustawiczne pracodawców i pracowników załączono:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa obowiązkowego załącznika** | **Jeżeli załączony wstawić znak „x” \*** | **Numer strony**  **(pole obowiązkowe dla wniosków składanych drogą nieelektroniczną) \*\*** |
| 1. | Zaświadczenie lub Oświadczenie Pracodawcy dotyczące pomocy de minimis otrzymanej w roku, w którym ubiega się o pomoc oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat podatkowych (załącznik nr 1).  *Dotyczy pracodawców będących przedsiębiorcami* |  |  |
| 2. | Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się  o pomoc de minimis (załącznik nr 1a) wraz z instrukcją wypełnienia tabeli w części D formularza.  *Dotyczy pracodawców będących przedsiębiorcami* |  |  |
| 3. | Kopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej. Umowa spółki w przypadku ubiegania się o dofinansowanie przez spółki cywilne. |  |  |
| 4. | Program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu (załącznik nr 2). |  |  |
| 5. | Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawianego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących. |  |  |

**UWAGA!**

\* Niedołączenie obowiązkowych załączników do wniosku wskazanych w §5 ust. 2 rozporządzenia MPiPS z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia.

**\*\* Każdy załączony do wniosku dokument powinien zostać ponumerowany (dotyczy wniosków składanych drogą nieelektroniczną).**

Data ....................................... ………………....................................................................

Podpis i pieczątka imienna Pracodawcy lub

osoby upoważnionej do jego reprezentowania