Załącznik nr 4

**Informacja o działaniach do sfinansowania z udziałem Krajowego Funduszu Szkoleniowego:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj działania** | **Nazwa działania (nazwa kursu, , kierunek studiów, rodzaj egzaminu, ubezpieczenie**  **z tytułu)** | **Planowana instytucja realizująca** | **Ilość osób** | **Koszt na jedną osobę** | **Termin realizacji**  **(od – do)**  **dd.mm.rrrr** |
|
|
| Kursy/szkolenia | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Studia podyplomowe | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Egzaminy |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Badania lekarskie i/lub psychologiczne | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Ubezpieczenie NNW | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

........................, dnia ............................ ................................................................................

miejscowość podpis osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy

**Wykaz uczestników kształcenia ustawicznego, o których objęcie finansowaniem z Krajowego Funduszu Szkoleniowego wnioskuje pracodawca**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko uczestnika \***  **Data urodzenia (dzień, miesiąc ,rok)**  **Poziom wykształcenia**  **Zawód**  **Zajmowane stanowisko** | **Pracodawca/ Pracownik \*\*** | **Podstawa zatrudnienia \*\*\***  **(rodzaj umowy o pracę)** | **Praca w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze  (TAK lub NIE)** | **Rodzaj kształcenia wraz**  **z nazwą kierunku\*\*\*\*** | **Termin szkolenia**  **od - do** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\*W przypadku rezygnacji uczestnika z kształcenia ustawicznego przed podpisaniem umowy pomiędzy pracodawcą a Powiatowym Urzędem Pracy w Żninie, należy niezwłocznie pisemnie zawiadomić urząd pracy

\*\*Należy wpisać odpowiednio: pracodawca lub pracownik.

\*\*\*W przypadku umowy na czas określony należy podać daty skrajne od …do.

\*\*\*\*Jeżeli wnioskowane jest pokrycie kosztów badań lekarskich lub ubezpieczenia NNW, również należy wpisać tę formę wsparcia.

........................, dnia ............................ ................................................................................

miejscowość podpis osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy