Załącznik nr 5

**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 wyuczony**  **Zajmowane stanowisko – zgodnie z Klasyfikacją Zawodów i Specjalności\*** | **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\*\*\*\*\*** | **Instytucja szkoleniowa**  **(nazwa i adres)** | **Termin szkolenia**  **od - do** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

\* Klasyfikacja zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy dostępne jest na stronie internetowej Urzędu **www.znin.praca.gov.pl** lub na stronie [**www.psz.praca.gov.pl**](http://www.psz.praca.gov.pl).

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

\*\*\* 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