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 warunkachlub 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