**Załącznik nr 1 do umowy** o finansowanie działań obejmujących kształcenie ustawiczne
 pracowników i pracodawcy ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego

**SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE PRACOWNIKA/PRACODAWCY KORZYSTAJĄCEGO ZE WSPARCIA FINANSOWANEGO ZE ŚRODKÓW KFS
/należy wypełnić informacje dla każdej osoby planowanej do objęcia wsparciem z KFS oddzielnie /**

1. **Dane dotyczące uczestnika:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Status:****Pracownik/****Pracodawca** | **Wykonywany zawód** | **Forma zatrudnienia:****/umowa o pracę/****umowa powołania/****umowa wyboru/****umowa mianowania/****spółdzielcza umowa o pracę/**  | **Wykształcenie:****/gimnazjalne i poniżej/ zasadnicze zawodowe/średnie ogólnokształcące/policealne i średnie zawodowe/ wyższe/** | **Data urodzenia** | **Zgodność wybranych działań****z priorytetem****/nr priorytetu/** | **Osoba pracująca w szczególnych warunkach lub wykonująca pracę o szczególnym charakterze:****TAK / NIE** | **Dotychczas wykorzystana kwota wsparcia ze środków KFS na danego uczestnika** **w 2024 r.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**II. Dane dotyczące zaplanowanego wsparcia oraz wysokość środków przeznaczonych na ten cel:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | **Temat kursu** | Termin realizacji/kwartał/y 2024 r./ | Całkowita wysokość wydatków w zł | Wnioskowana wysokość środków KFS w zł | Wysokość wkładu własnego pracodawcy w zł |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| l.p. | **Kierunek studiów podyplomowych** | Termin realizacji/kwartał/y 2024 r./ | Całkowita wysokość wydatków w zł | Wnioskowana wysokość środków KFS w zł | Wysokość wkładu własnego pracodawcy w zł |
|  |  |  |  |  |  |
| l.p. | **Rodzaj egzaminu** | Termin realizacji/kwartał/y 2024 r./ | Całkowita wysokość wydatków w zł | Wnioskowana wysokość środków KFS w zł | Wysokość wkładu własnego pracodawcy w zł |
|  |  |  |  |  |  |
| l.p. | **Rodzaj badań** **lekarskie/psychologiczne** | Termin realizacji/kwartał/y 2024 r./ | Całkowita wysokość wydatków w zł | Wnioskowana wysokość środków KFS w zł | Wysokość wkładu własnego pracodawcy w zł |
|  |  |  |  |  |  |
| l.p. | **Rodzaj ubezpieczenia** | Termin realizacji/kwartał/y 2024 r./ | Całkowita wysokość wydatków w zł | Wnioskowana wysokość środków KFS w zł | Wysokość wkładu własnego pracodawcy w zł |
|  |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM KOSZTY PLANOWANE DO PONIESIENIA NA WSZYSTKIE RODZAJE WSPARCIA NA DANEGO UCZESTNIKA** | zł | zł | zł |

……………………………………………………………………………
/podpis i pieczątka Pracodawcy lub osoby uprawnionejdo reprezentowania Pracodawcy/