**Załącznik nr 2 do umowy** o finasowanie działań obejmujących kształcenie ustawiczne

 pracowników i pracodawcy ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego

  

…………………………………………………….. ………………………………………dnia………………………………

 pieczątka pracodawcy miejscowość

**ROZLICZENIE PRZYZNANYCH ŚRODKÓW Z KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO NA KSZTAŁCENIE USTAWICZNE
 PRACOWNIKÓW I PRACODAWCY**

**na podstawie umowy nr UmKszUstKFS/18/…………………. z dnia………………………… r.**

1. **Kursy:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Temat kursu** | **Imię i nazwisko****osoby objętej kursem** | **Termin realizacji**/kwartał/y 2018 r./ | **Całkowita wysokość wydatków****w zł** | **Wnioskowana wysokość środków KFS** **w zł** | **Wysokość wkładu własnego pracodawcy****w zł** | **Nr faktury****(rachunku)** | **Nr pozycji na fakturze****(rachunku)** | **Ukończenie kursu****TAK / NIE** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Studia podyplomowe:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kierunek studiów podyplomowych** | **Imię i nazwisko osoby objętej studiami podyplomowymi** | **Termin realizacji**/kwartał/y 2018 r./ | **Całkowita wysokość wydatków****w zł** | **Wnioskowana wysokość środków KFS** **w zł** | **Wysokość wkładu własnego pracodawcy****w zł** | **Nr faktury****(rachunku)** | **Nr pozycji na fakturze****(rachunku)** | **Ukończenie studiów podyplomowych****TAK / NIE** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj egzaminu** | **Imię i nazwisko osoby objętej egzaminem** | **Termin realizacji**/kwartał/y 2018 r./ | **Całkowita wysokość wydatków****w zł** | **Wnioskowana wysokość środków KFS** **w zł** | **Wysokość wkładu własnego pracodawcy****w zł** | **Nr faktury****(rachunku)** | **Nr pozycji na fakturze****(rachunku)** | **Zdanie egzaminu****TAK / NIE** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj badań** **lekarskie/psychologiczne** | **Imię i nazwisko osoby objętej badaniami** | **Termin realizacji**/kwartał/y2018 r./ | **Całkowita wysokość wydatków****w zł** | **Wnioskowana wysokość środków KFS** **w zł** | **Wysokość wkładu własnego pracodawcy****w zł** | **Nr faktury****(rachunku)** | **Nr pozycji na fakturze****(rachunku)** | **Przeprowadzenie badania****TAK / NIE** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjęciem kształcenia:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj ubezpieczenia od NNW** | **Imię i nazwisko osoby objętej ubezpieczeniem** | **Termin realizacji**/kwartał/y 2018 r./ | **Całkowita wysokość wydatków****w zł** | **Wnioskowana wysokość środków KFS** **w zł** | **Wysokość wkładu własnego pracodawcy****w zł** | **Nr faktury****(rachunku)** | **Nr pozycji na fakturze****(rachunku)** | **Objęcie ubezpieczeniem****TAK / NIE** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

 /podpis i pieczątka Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy/

**Załączniki:
Załącznik nr 1 do rozliczenia** - Zestawienie liczby uczestników objętych działaniami, zawierające:

1. liczbę osób objętych działaniami finansowanymi z udziałem środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego według płci, grupy wiekowej 15-24 lata, 25-34 lata, 35-44 lata, 45 lat i więcej, poziomu wykształcenia oraz liczby osób pracujących w szczególnych warunkach lub wykonujących prace o szczególnym charakterze;
2. liczbę osób, które zostały objęte działaniami: kurs, studia podyplomowe, przystąpiły do egzaminu, zostały skierowane na badania lekarskie lub psychologiczne, zostały ubezpieczone – finansowane z udziałem środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego;
3. liczbę osób, które ukończyły z wynikiem pozytywnym: kurs, studia podyplomowe lub zdały egzamin – finansowane z udziałem środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego.

**Załącznik nr 2 do rozliczenia** – Uwierzytelnione za zgodność z oryginałem kopie umów o finansowanie kosztów kształcenia ustawicznego z pracownikami.

**Załącznik nr 3 do rozliczenia** – Dowody zapłaty faktur lub rachunków (faktury/rachunki muszą był opłacane z tego samego rachunku pracodawcy, na który Starosta przekazał środki KFS);

**Załącznik nr 4 do rozliczenia** – Uwierzytelnione za zgodność z oryginałem kopie stosownych zaświadczeń lub innych dokumentów potwierdzających ukończenie działania i uzyskania uprawnień lub kwalifikacji.