

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

I. 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 wykonująca pracę w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze TAK / NIE	Osoba mogąca udokumentować wykonywanie przez co najmniej 15 lat pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, której nie przysługuje emerytura pomostowa TAK / NIE	Otrzymana kwota wsparcia ze środków KFS na danego uczestnika w 2020 r.

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

l.p.	Temat kursu	Termin realizacji /kwartał/y 2020 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 2020 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 2020 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 2020 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 2020 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					