**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/