

 **Powiatowy Urząd Pracy w Węgrowie**

ul. Piłsudskiego 23, 07-100 Węgrów  
tel. 25 792-37-57, 25 792-02-70, tel./fax 25 792-25-42

<http://wegrow.praca.gov.pl>  
 e-mail: [wawe@praca.gov.pl](mailto:wawe@praca.gov.pl)

Elektroniczna skrzynka podawcza ePUAP: PUP2\_Wegrow

**Załącznik nr 3 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/24/………..z dnia ………. r. oraz aneksu nr ……….. z dnia ……………… r.**

1. **KURSY:**

*(należy rozpisać każdą pozycję oddzielnie dla każdego uczestnika)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Temat kursu** | **Imię i nazwisko**  **osoby objętej kursem** | **Termin realizacji**  /kwartał/y 2024 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:**

*(należy rozpisać każdą pozycję oddzielnie dla każdego uczestnika)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kierunek studiów podyplomowych** | **Imię i nazwisko osoby objętej studiami podyplomowymi** | **Termin realizacji**  /kwartał/y 2024 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:**

*(należy rozpisać każdą pozycję oddzielnie dla każdego uczestnika)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj egzaminu** | **Imię i nazwisko osoby objętej egzaminem** | **Termin realizacji**  /kwartał/y  2024 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:**

*(należy rozpisać każdą pozycję oddzielnie dla każdego uczestnika)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj badań**  **lekarskie/psychologiczne** | **Imię i nazwisko osoby objętej badaniami** | **Termin realizacji**  /kwartał/y  2024 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:**

*(należy rozpisać każdą pozycję oddzielnie dla każdego uczestnika)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj ubezpieczenia od NNW** | **Imię i nazwisko osoby objętej ubezpieczeniem** | **Termin realizacji**  /kwartał/y 2024 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** – Potwierdzone 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** – Potwierdzone za zgodność z oryginałem kopie stosownych zaświadczeń lub innych dokumentów potwierdzających ukończenie działania i uzyskania uprawnień lub kwalifikacji (zgodne z przedłożonym wzorem do wniosku o finansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy ze środków KFS).