Pisz, dn. ...........................................

……………………………….……………………

(pieczątka pracodawcy)

Nr sprawy w PUP.....................................

 **Powiatowy Urząd Pracy**

ul. Zagłoby 2

 12-200 Pisz

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników\* i pracodawców\*\***

na zasadach określonych w art. 69a i 69b ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tj. Dz. U. z 2024r. poz. 475 ze zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego ( tj. Dz. U. z 2018 r. poz.117)

\***Pracownikiem** zgodnie z art. 2 ustawy - Kodeks pracy należy rozumieć osobę zatrudnioną na podstawie **umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę**. W rozumieniu ww. przepisu umową o pracę **nie jest** m.in.: **umowa o dzieło, umowa zlecenie**.

\*\***Pracodawcą** zgodnie z art. 3 ustawy - Kodeks pracy jest jednostka organizacyjna, choćby nie posiadała osobowości prawnej, a także osoba fizyczna, **jeżeli zatrudniają one pracowników**.

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 §1 - Kodeksu karnego oświadczam, iż **jestem/nie jestem\* Pracodawcą w rozumieniu wyżej wskazanej definicji Pracodawcy.**

.............................................................................................

 (data, podpis i pieczątka osoby uprawnionej do reprezentacji

 i składnia oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym)

\* odpowiednie zaznaczyć

**I. DANE PRACODAWCY**

1. Pełna nazwa pracodawcy ...................................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

2. Adres siedziby pracodawcy......................................................................................................................

3. Miejsce prowadzenia działalności........................................................................................................

....................................................................................................................................................................................

4. Telefon............................................................................................. fax..........................................................

strona www ….........................................................................

5. Wyrażam/ nie wyrażam zgodę na przesyłanie korespondencji drogą elektroniczną, Jeśli tak proszę o podanie adresu e –mail…………………………………………………………………..……….

6. Numer identyfikacyjny REGON ............................................................................................................

7. Numer identyfikacji podatkowej NIP ..................................................................................................

8. Forma prawna prowadzonej działalności*(przedsiębiorstwo państwowe, spółdzielnia, spółka akcyjna, spółka z o.o., spółka cywilna, osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą , jednostka samorządu terytorialnego itp.)* ....................................................................................................................................................................................

9. Rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD)...................................................................................................................

10. Wielkość przedsiębiorstwa – zgodnie z Ustawą z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2024 r. poz. 236 t.j.)\*

 mikro mały średni inny

11. Liczba wszystkich zatrudnionych pracowników…...................................................................

Liczba zatrudnionych osób odpowiada liczbie rocznych jednostek roboczych (RJR), to jest liczbie pracowników zatrudnionych na pełnych etatach w obrębie danego przedsiębiorstwa lub w jego imieniu w ciągu całego uwzględnianego roku referencyjnego. Praca osób, które nie przepracowały pełnego roku, które pracowały w niepełnym wymiarze godzin bez względu na długość okresu zatrudnienia, lub pracowników sezonowych jest obliczana jako część ułamkowa RJR. W skład personelu wchodzą:

a) pracownicy;

b) osoby pracujące dla przedsiębiorstwa, podlegające mu i uważane za pracowników na mocy prawa krajowego;

c) właściciele-kierownicy;

d) partnerzy prowadzący regularną działalność w przedsiębiorstwie i czerpiący z niego korzyści finansowe.

12. Osoba / osoby uprawniona do reprezentacji i podpisania wnioskowanej umowy (zgodnie z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem)

a) imię i nazwisko…................................................ stanowisko służbowe ….........................................

 b) imię i nazwisko….................................................stanowisko służbowe ….........................................

13. Osoba wyznaczona do kontaktu z Urzędem:

imię i nazwisko …............................................ stanowisko służbowe …................................................

telefon /fax …..................................................................., e-mail …...............................................................

14. Nr konta, nazwa banku…………………………..……………………………………………

\* odpowiednie zaznaczyć

**II. CAŁKOWITA WARTOŚĆ PLANOWANYCH DZIAŁAŃ KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

Całkowita wysokość wydatków, która będzie poniesiona na działania związane z kształceniem ustawicznym (wymienione w art. 69a ust. 2 pkt 1 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 475 ze zm.) ……………………........................zł ….......................................................................................................

w tym:

a) kwota wnioskowana z KFS ………………………….....zł........................................................

b) kwota wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę ……………………..….……. zł...............

**Uwaga:**

*wysokość wsparcia*:

- **80% kosztów kształcenia ustawicznego sfinansuje KFS**, nie więcej jednak niż do wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika, pracodawca pokryje 20% kosztów;

**- 100% kosztów kształcenia ustawicznego** – jeśli pracodawca należy do grupy mikroprzedsiębiorców, nie więcej jednak niż do wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika.

***Mikroprzedsiębiorca*** to przedsiębiorca, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 2 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych 2 lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 milionów euro zgodnie z Ustawą z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz.U. z 2024 r. poz. 236 t.j.).

*wkład własny*: **nie należy przy wyliczaniu wkładu własnego pracodawcy** uwzględniać innych kosztów, które pracodawca ponosi w związku z udziałem pracowników w kształceniu ustawicznym, np. wynagrodzenia za godziny nieobecności w pracy w związku z uczestnictwem w zajęciach, kosztów delegacji w przypadku konieczności dojazdu do miejscowości innej niż miejsce pracy itp.

***W ramach środków KFS nie można ubiegać się o sfinansowanie kosztów przejazdu, zakwaterowania i wyżywienia związanych z kursem, studiami podyplomowymi lub egzaminem.***

**III. INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIAŁAŃ DO SFIANSOWANIA Z UDZIAŁEM KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO**

1. Informacje o uczestnikach kształcenia ustawicznego (tabela):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WYSZCZEGÓLNIENIE** | **LICZBA PRACODAWCÓW** | **LICZBA PRACOWNIKÓW** |
| **RAZEM** | **KOBIETY** |
| Objęci wsparciem ogółem: |  |  |  |
| według rodzajów wsparcia | kursy |  |  |  |
| studia podyplomowe |  |  |  |
| egzaminy |  |  |  |
| badania lekarskie i/lub psychologiczne |  |  |  |
| ubezpieczenie NNW |  |  |  |
| według grup wiekowych | 15-24 lata |  |  |  |
| 25-34 lata |  |  |  |
| 35-44 lata |  |  |  |
| 45 lat i więcej |  |  |  |
| według wykształcenia | gimnazjalne i poniżej |  |  |  |
| zasadnicze zawodowe |  |  |  |
| średnie ogólnokształcące |  |  |  |
| policealne i średnie zawodowe |  |  |  |
| wyższe |  |  |  |
| według rodzaju zatrudnienia  | umowa o pracę |  |  |  |
| umowa zlecenie |  |  |  |
| umowa o dzieło |  |  |  |
| inne –……………………………..…………………………………….…………………………………….. |  |  |  |
| według grup priorytetowychrezerwa KFS | wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w zawodach określonych jako deficytowe na danym terenie tj. w powiecie czy województwie |  |  |  |
| wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy |  |  |  |
| poprawa zarządzania i komunikacji w firmie w oparciu o zasady przeciwdziałania dyskryminacji i mobbingowi, rozwoju dialogu społecznego, partycypacji pracowniczej i wspierania integracji w miejscu pracy |  |  |  |
| promowanie i wspieranie zdrowia psychicznego oraz tworzenie przyjaznych środowisk pracy poprzez m.in. szkolenia z zakresu zarządzania wiekiem, radzenia sobie ze stresem, pozytywnej psychologii, dobrostanu psychicznego oraz budowania zdrowej i różnorodnej kultury organizacyjnej |  |  |  |
| wsparcie cudzoziemców, w szczególności w zakresie zdobywania wiedzy na temat polskiego prawa pracy i integracji tych osób na rynku pracy |  |  |  |
| Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych |  |  |  |
| Rozwój umiejętności cyfrowych |  |  |  |
| Wsparcie rozwoju umiejętności związanych z transformacją energetyczną. |  |  |  |

1. Informacje szczegółowe dotyczące wydatków na kształcenie ustawiczne pracowników/pracodawcy:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Liczba pracodawców** | **Liczba pracowników** | **Koszt na jednego uczestnika** | **Całkowita wysokość wydatków**  | **Wniosko- wana wysokość środków KFS** |
| Nazwa działania | Nazwa kierunku kształcenia oraz termin realizacji | razem | kobiety |
| **Kursy** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Studia podyplomowe** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Egzaminy** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Badania lekarskie i/lub psychologiczne** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ubezpieczenie NNW** |  |  |  |  |  |  |  |

**IV. UZASADNIENIE POTRZEBY ODBYCIA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO,PRZY UWZGLĘDNIENIU OBECNYCH LUB PRZYSZŁYCH POTRZEB PRACODAWCY ORAZ OBOWIĄZUJĄCYCH PRIORYTETÓW WYDATKOWANIA ŚRODKÓW KFS**

.......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................**V.UZASANIENIE WYBORU REALIZATORA USŁUGI KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO FINANSOWANEGO ZE ŚRODKÓW KFS ( należy wskazać informacje o porównywalnych ofertach usług, jeśli to możliwe)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Nazwa i siedziba realizatora usługi** | **Cena** | **Nazwa szkolenia/ kursu oraz****liczba godzin szkolenia / kursu** | **Certyfikaty jakości (tak / nie / jakie)**  | **Wpis do RIS lub bazy usług rozwojowych / numer** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |

**Wybrana jednostka (nazwa)** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Uzasadnienie wyboru:** ………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**VI. INFORMACJA O PLANACH DOTYCZĄCYCH DALSZEGO ZATRUDNIENIA OSÓB, KÓRE BĘDĄ OBJĘTE KSZTAŁCENIEM USTAWICZNYM FINANSOWANYM ZE ŚRODKÓW KFS**

...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 §1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. - Kodeks karny oświadczam żądane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

 .............................................................................................

 (podpis i pieczątka osoby uprawnionej do reprezentacji

 i składnia oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym)

**Uwaga:**

1. Wniosek należy wypełnić czytelnie wpisując treść w każdym wyznaczonym punkcie. Wszelkie poprawki należy zaparafować.
2. Niedopuszczalne jest jakiekolwiek modyfikowanie i usuwanie elementów wniosku – możliwe jest wyłącznie rozszerzanie rubryk wynikające z objętości treści.
3. **Fakt złożenia wniosku nie gwarantuje zawarcia umowy. W terminie 1 miesiąca od daty wpływu kompletnego wniosku do PUP, Urząd informuje wnioskodawcę o podjętym stanowisku. Od negatywnego stanowiska PUP nie przysługuje odwołanie.**

**Załączniki do wniosku:**

1. Oświadczenie pracodawcy (**załącznik nr 1 do wniosku);**
2. Oświadczenie wnioskodawcy o otrzymanej pomocy de minimis w ciągu minionych trzech lat w tym również ze wszystkich jednostek gospodarczych ze sobą powiązanych w przypadku wnioskodawcy spełniającego kryteria jednego przedsiębiorstwa (załącznik nr 2) - jeżeli dotyczy lub kserokopia zaświadczeń o otrzymanej pomocy potwierdzonych za zgodność z oryginałem.
3. Oświadczenie wnioskodawcy o otrzymanej pomocy de minimis w rolnictwie w okresie 3 lat, w tym również ze wszystkich jednostek gospodarczych ze sobą powiązanych w przypadku wnioskodawcy spełniającego kryteria jednego przedsiębiorstwa (załącznik nr 2a) - jeżeli dotyczy lub kserokopia zaświadczeń o otrzymanej pomocy potwierdzonych za zgodność z oryginałem.
4. Oświadczenie wnioskodawcy o otrzymanej pomocy de minimis w rybołówstwie w ciągu danego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających lat podatkowych, w tym również ze wszystkich jednostek gospodarczych ze sobą powiązanych w przypadku wnioskodawcy spełniającego kryteria jednego przedsiębiorstwa (załącznik nr 2b) - jeżeli dotyczy lub kserokopia zaświadczeń o otrzymanej pomocy potwierdzonych za zgodność z oryginałem.
5. Oświadczenie wnioskodawcy o braku powiązań kapitałowych lub osobowych **(załącznik nr 3 do wniosku)**
6. Informacje określone w przepisach wydanych na podstawie art. 37 ust. 2a ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej **(załącznik nr 4 do wniosku)**
7. Kopie dokumentu potwierdzającego prawną formę istnienia pracodawcy- w przypadku braku wpisu do KRS lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
8. Umowa spółki cywilnej – dot. spółek cywilnych.
9. Pełnomocnictwo lub upoważnienie osoby/osób uprawnionych do podpisania umowy, jeżeli nie wynika ono z innych dokumentów dołączonych do wniosku. Pełnomocnictwo należy przedłożyć w oryginale, notarialnie potwierdzonej kopii lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez osobę lub osoby udzielające pełnomocnictwa, tj. osobę lub osoby uprawnione do reprezentacji pracodawcy lub przedsiębiorcy. Podpis lub podpisy osób uprawnionych do występowania w obrocie prawnym w imieniu pracodawcy lub przedsiębiorcy (reprezentacji) muszą być czytelne lub opisane pieczątkami imiennymi.
10. Program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu.
11. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawionego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego.

**Podstawa prawna:**

* Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz.475 ze zm.);
* Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. – Kodeks cywilny (t.j. Dz. U. z 2024 poz. 1061);
* Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy (t.j. Dz. U. 2023 r. poz. 1465).
* Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz.117);
* Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 702 ze zm.);
* Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz.U.UE.L.2023.2831);
* Prawo przedsiębiorców (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 236)
* Ustawa z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).
* Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

…........, dnia ...........................

1. Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) administratorem danych osobowych, czyli podmiotem decydującym o celach i sposobach przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Piszu przy ulicy Jana Onufrego Zagłoby 2.
2. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych jest art. 6 ust.1 lit. c jest Rozporządzenie, o którym mowa w ust. 1 w związku z art. 69a i 69b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 475 ze zm.);
3. Z administratorem danych osobowych można się skontaktować poprzez adres mailowy olpi@praca.gov.pl, telefonicznie pod numerem 87 425 24 31 lub pisemnie na adres siedziby administratora.
4. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych (IOD), kontakt iodo@pisz.praca.gov.pl
5. Dane osobowe zostały pozyskane na podstawie złożonego wniosku i przetwarzane będą w celu realizacji ww. wniosku, zawarcia umowy, archiwalnym oraz statystycznym, a także w celu ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony przed roszczeniami będących realizacją prawnie uzasadnionego interesu Administratora.
6. Dane osobowe nie będą udostępniane innym podmiotom.
7. Dane osobowe mogą zostać ujawnione właściwym organom, upoważnionym zgodnie z obowiązującym prawem.
8. Dane osobowe będą przechowywane do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z obowiązujących przepisów Zarządzenia nr 79/2021 Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Piszu z dnia 14 grudnia 2021 roku w sprawie ustalenia Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt.
9. Przysługuje Pani/Panu prawo do dostępu do swoich danych osobowych, prawo żądania ich sprostowania oraz ograniczenia ich przetwarzania.
10. Podanie danych osobowych w umowie jest niezbędne i wynika z wyżej wskazanych przepisów prawa.
11. W przypadku gdy moi pracownicy lub osoby trzecie będą zaangażowane w realizację przedmiotowej umowy zobowiązuję się do przekazania informacji w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych w sprawie swobodnego przepływu takich danych.

……………………………………………………..

(podpis i pieczątka osoby uprawnionej do reprezentacji

 i składnia oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym)