**….**

Nr wniosku:

**…………………………………………………. ………………………… dnia ………………..2025 r.**

**Nazwa / imię i nazwisko pracodawcy**

**Powiatowy Urząd Pracy w Tarnowie**

**WNIOSEK PRACODAWCY**

**o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

**na finansowanie lub współfinansowanie**

**działań na rzecz kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy**

**Podstawa prawna:**

* art. 69a i 69b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 r. poz. 475, z późn. zm.)
* art. 37 ustawy z dnia z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 702**,** z późn. zm.)
* rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018 r. poz. 117)
* rozporządzeniu Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 2023/2831 z 15.12.2023 r.)
* rozporządzenie Komisji (UE) nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu   
  Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rolnym (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013 r., str. 9 z późn. zm.),
* art. 7 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2024 r. poz. 236, z późn. zm.)
* rozporządzenie Komisji (UE) nr 717/2014 r. z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu   
  Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z 28.06.2014 r. str. 45, z późn. zm.)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE WNIOSKODAWCY – PRACODAWCY** | | | | | | |
| **Pełna nazwa podmiotu**  (*zgodnie z dokumentem rejestrowym*) | |  | | | | |
| **Adres siedziby/stałego miejsca prowadzenia działalności gospodarczej**  (miejscowość, kod pocztowy, ulica,  nr budynku i lokalu) | |  | | | | |
| **Miejsce prowadzenia działalności**  (miejscowość, kod pocztowy, ulica,  nr budynku i lokalu) | |  | | | | |
| **Adres korespondencyjny**  (miejscowość, kod pocztowy, ulica,  nr budynku i lokalu) | |  | | | | |
| **Telefon**  **Adres strony www** | |  | | | | |
| **Numer identyfikacyjny REGON** | |  | | | | |
| **Numer identyfikacji podatkowej NIP** | |  | | | | |
| **Numer działalności gospodarczej według PKD**  (przeważający rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej) | |  | | | | |
| **Należę do grupy mikroprzedsiębiorstw lub organizacji niepodlegających Prawu Przedsiębiorców zatrudniających mniej niż 10 osób**  **Mikro przedsiębiorstwa** definiuje się jako przedsiębiorstwa, które:  a) zatrudniają\* mniej niż 10 pracowników, oraz  b) spełniają jeden z następujących warunków:  - roczne obroty nie przekraczają 2 milionów EURO\*\*, lub  - roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EURO\*\*,  \* średniorocznie  \*\* netto  *Zgodnie z załącznikiem nr I* *do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187  z 26.06.2014, str. 1* *z późn. zm.).* | | | | TAK  NIE | | |
| **Liczba zatrudnionych pracowników**  **w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy**  Pracownikiem jest osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę (art. 2 Kodeksu Pracy) | | | |  | | |
| **POZOSTAŁE INFORMACJE** | | | | | | |
| **Wnioskowana wysokość środków z KFS** | | | |  | | |
| **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę** | | | |  | | |
| **Całkowita wysokość wydatków** | | | |  | | |
| **Numer rachunku bankowego Wnioskodawcy** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | |
| **Łączna liczba osób objętych wsparciem (pracodawca wraz z pracownikami)** | ogółem | | w tym | | | |
| wg grup wiekowych | | ogółem | w tym kobiety |
| 15 – 24 | |  |  |
| 25 - 34 | |  |  |
| 35 - 44 | |  |  |
| 45 i więcej | |  |  |
| **Imię i nazwisko osoby upoważnionej do podpisania umowy / stanowisko** | | | |  | | |
| * 1. **OSOBA UPOWAŻNIONA DO KONTAKTÓW Z POWIATOWYM URZĘDEM PRACY** | | | | | | |
| **Imię i nazwisko** | | | |  | | |
| **Telefon** | | | |  | | |
| **Fax** | | | |  | | |
| **E-mail** | | | |  | | |
| **PLANOWANY OKRES REALIZACJI DZIAŁAŃ  DOTYCZĄCYCH KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO PRACOWNIKÓW I PRACODAWCI** | | | | | | |
| **Data rozpoczęcie pierwszego z planowanych działań** | | | |  | | |
| **Data zakończenia ostatniego z planowanych działań** | | | |  | | |

Priorytety Ministra właściwego ds. pracy dotyczące wydatkowania środków KFS w roku 2025

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa priorytetu | Wskazanie wnioskowanego priorytetu  (zaznaczyć X) |
| **Priorytet 1** | **Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w zawodach określonych jako deficytowe na danym terenie tj. w powiecie lub  w województwie.** |  |
| **Oświadczam**, że pracownicy wskazani do kształcenia w ramach powyższego priorytetu będą odbywać kształcenie w zawodach deficytowych (należy wymienić zawody):  …………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………….,  zgodnie z Barometrem Zawodów 2025 dla powiatu tarnowskiego i miasta Tarnów. | | |
| **Priorytet 2** | **Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w związku  z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii  i narzędzi pracy** |  |
| **1. Oświadczam**, że pracownicy wskazani do kształcenia w ramach powyższego priorytetu będą wykonywali nowe zadania związane z wprowadzonymi/planowanymi do wprowadzenia zmianami  TAK ☐ NIE ☐  **2. Oświadczam**, że w ciągu jednego roku przed złożeniem wniosku zakupiłem nowe maszyny/narzędzia pracy lub wdrożyłem nowe procesy/technologie/systemy  TAK ☐ NIE ☐ (w przypadku zaznaczenia TAK należy załączyć do wniosku dokument potwierdzający zakup lub złożyć oświadczenie - w części wniosku **Uzasadnienie** potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego przy wskazanym do kształcenia kandydacie - potwierdzające wprowadzenie nowego procesu/technologii/systemu wraz z jego opisem)  **3. Oświadczam**, że planuję zakup nowych maszyn/narzędzi pracy**\*** lub wprowadzenie nowego procesu / technologii / systemu**\*** w przeciągu trzech miesięcy od dnia złożenia niniejszego wniosku  TAK ☐ i zobowiązuję się do przedłożenia dokumentu potwierdzającego powyższy zakup lub oświadczenia potwierdzającego wprowadzenie nowego procesu / technologii / systemu do tutejszego Urzędu najpóźniej do dnia …………...........  NIE ☐  \* należy zamieścić szczegółowy opis w części wniosku Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego przy wskazanym do kształcenia kandydacie. | | |
| **Priorytet 3** | **Wsparcie kształcenia ustawicznego pracodawców i ich pracowników zgodnie z potrzebami szkoleniowymi, które pojawiły się na terenach dotkniętych przez powódź we wrześniu 2024 roku** |  |
| **Priorytet 4** | **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** |  |
| **Priorytet 5** | **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** |  |
| **Priorytet 6** | **Wsparcie cudzoziemców, w szczególności w zakresie zdobywania wiedzy na temat polskiego prawa pracy i integracji tych osób  na rynku pracy**  **(UWAGA: W ramach tego priorytetu mogą być finansowane szkolenia tylko dla cudzoziemców)** |  |
| **Priorytet 7** | **Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych** |  |
| **Oświadczam**, że osoby wskazane do kształcenia ustawicznego w ramach powyższego priorytetu nabędą umiejętności w zakresie usług zdrowotnych i opiekuńczych.  TAK ☐ NIE ☐  Dostępność do priorytetu ma każdy pracodawca posiadającym PKD z Sekcji R tj.:  PKD 86 – Opieka zdrowotna  PKD 87 – Pomoc społeczna z zakwaterowaniem  PKD 88 – Pomoc społeczna bez zakwaterowania  Oświadczam, że jestem pracodawcom posiadającym PKD ………………………………… | | |
| **Priorytet 8** | **Rozwój umiejętności cyfrowych** |  |
| **Priorytet 9** | **Wsparcie rozwoju umiejętności związanych z transformacją energetyczną** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | |
| **INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**  **Uwaga: dla każdej osoby planowanej do objęcia kształceniem ustawicznym należy wypełnić komplet stron od 5 do 6** | | | | | | | |
| **Kandydat nr**  **………………** | | **Pracodawca** | | | | **Pracownik** | |
| **Kobieta** | **Mężczyzna** | | | **Kobieta** | **Mężczyzna** |
|  |  | | |  |  |
| **Dane dotyczące umowy o pracę – dotyczy pracownika** | | | | | **Wykształcenie** | | **Wiek** |
|  | |
| **Okres zatrudnienia**  **od ……………………**  **do……………………..** | **Rodzaj umowy o pracę**  ☐ na czas nieokreślony  ☐ na czas określony | | | | ☐ gimnazjalne i poniżej  ☐ zasadnicze zawodowe  ☐ średnie ogólnokształcące  ☐ policealne i średnie zawodowe  ☐ wyższe | | ☐ 15-24  ☐ 25-34  ☐ 35-44  ☐ 45 i więcej |  | |
|  | |
| **Wymiar etatu (np. 1/1, ½ itp.): ………………………………….** | | | **Zajmowane stanowisko:**  **………………………………………………………...** | | | | |  | |
| **Plany dalszego zatrudnienia w przypadku gdy kształceniem ustawicznym ma być objęty:** | | | | | | | | |  | |
| **Pracownik** | ☐ na czas określony poniżej 6 m-cy  ☐ na czas określony powyżej 6 m-cy  ☐ na czas nieokreślony | | | Jeżeli jest planowana zmiana stanowiska, to na jakie:  ………………………………………………………………… | | | | |
|  | |
|  | |
| **Pracodawca** | należy wskazać plany co do proponowanej działalności gospodarczej firmy w przyszłości: ……………………………………………………………………………...............................................................................  ………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………….... | | | | | | | |  | |
| **Czy osoba planowana  do objęcia kształceniem ustawicznym w ostatnich 3 latach korzystała  z kształcenia ustawicznego z KFS?** | TAK (*jeśli tak, proszę wskazać rok, tematykę oraz wysokość wsparcia.*  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  NIE | | | | | | | |
| **Czy osoba planowana do objęcia kształceniem wykonuje pracę na terenie powiatu tarnowskiego lub miasta Tarnowa?** | | | | | | | | |
| TAK  NIE | | | | | | | | |
| **Wskazanie priorytetu wydatkowania środków KFS** | ☐ Priorytet 1 ☐ Priorytet 5  ☐ Priorytet 2 ☐ Priorytet 6  ☐ Priorytet 3 ☐ Priorytet 7  ☐ Priorytet 4 ☐ Priorytet 8  ☐ Priorytet 9 | | | | | | | |
|  | |
| **Uzasadnienie** potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego, przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy w obszarze kształcenia ustawicznego **oraz obowiązujących priorytetów wydatkowania środków KFS**:  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………......................................  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………......................................  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……  ……………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…….  .…………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…….…… | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIAŁAŃ PLANOWANYCH DO REALIZACJI DLA KANDYDATA NR ……**  **(nazwa, rodzaj, koszt)**  **DZIAŁANIE NR 1 – KURS; DZIAŁANIE NR 2 – STUDIA PODYPLOMOWE; DZIAŁANIE NR 3 – EGZAMIN;**  **DZIAŁANIE NR 4 – BADANIA LEKARSKIE I PSYCHOLOGICZNE; DZIAŁANIE NR 5 – UBEZPIECZENIE,**  **(Kandydat wskazany we wniosku o przyznanie środków z KFS może zostać objęty dofinansowaniem maksymalnie w zakresie dwóch działań dotyczących kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców, wyjątek stanowią powiązane ze sobą działania, tj. badania lekarskie, kurs, egzamin).** | | | | |
| **Planowane działania**  **(numer działania oraz nazwa – przykładowo: Działanie nr 1 (kurs) – Obsługa kasy fiskalnej, Działanie nr 3 (egzamin) – Obsługa wózków jezdniowych)** | **Priorytet** | **Koszt ogółem na jedną osobę** | **w tym KFS**  (maksymalna kwota na jednego uczestnika wynosi **7 tys. zł**~~)~~ | **w tym wkład**  **własny pracodawcy** |
| ……………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………… |  |  |  |  |
| …………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………… |  |  |  |  |
| **SUMA** | |  |  |  |

**W przypadku działań, które na podstawie przepisów powszechnie obowiązujących podlegają zwolnieniu   
z podatku VAT należy podać kwotę netto.**

**Dla każdego działania należy wypełnić osobno część wniosku dotyczącą realizatora usługi kształcenia ustawicznego**

**(w przypadku działań nr 1, 2, 3 - str. 7 i 8 wzoru wniosku, a w przypadku działań nr 4 i 5 – str. 9 wzoru wniosku).**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **REALIZATOR USŁUGI KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO FINANSOWANEJ ZE ŚRODKÓW KFS**  **(oddzielnie dla każdego rodzaju działania – dotyczy**  **DZIAŁANIA NR 1 – KURS; DZIAŁANIA NR 2 – STUDIA PODYPLOMOWE; DZIAŁANIA NR 3 – EGZAMIN)** | | | |
| Nazwa usługi: ………………………………………………………………………………………………………………………………………..................................................................................................................................................................................... | | | |
| Liczba godzin usługi:  ……………………. | Dotyczy kandydata/ów nr:  …………………..…….. | | |
| Cena usługi w zł:  ……………………………………… | (w tym KFS):  …………………………… | | (wkład własny pracodawcy):  ……………………………….. |
| Nazwa realizatora usługi:  ……………………….………………………………………….………..…………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………..................................... | | | |
| Adres siedziby realizatora usługi lub stałego miejsca wykonywania działalności gospodarczej:  …….……….………..………………………………………………………………..................................................................................................................................................................................................................................... | | | |
| **Miejsce realizacji usługi:**  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………..…… | | | |
| NIP realizatora usługi kształcenia ustawicznego:…………………………………………………………...………………… | | | |
| Dokument uprawniający do prowadzenia pozaszkolnych form kształcenia (**dotyczy wyłącznie kursów i studiów podyplomowych**): | | | |
| NR wpisu do Rejestru Szkół i Placówek Niepublicznych **RSPO** | |  | |
| **CEiDG**  (kod PKD firmy szkoleniowej obejmujący sekcję „EDUKACJA”) | |  | |
| **KRS**  (kod PKD firmy szkoleniowej obejmujący sekcję „EDUKACJA”) | |  | |
| **Inny rejestr**  (np. nr wpisu do Rejestru Instytucji Szkoleniowych RIS) | |  | |
| Realizator usługi posiada **certyfikaty jakości oferowanych usług**:  **(Lista certyfikatów jakości dotycząca wiarygodności standardu świadczonych usług znajduje się na stronie PARP i jest na bieżąco aktualizowana)**  ☐ Znak Jakości Małopolskich Standardów Usług Edukacyjno-Szkoleniowych (MSUES)  ☐ Akredytacja Centrów Egzaminacyjnych ECDL  ☐ Certyfikat ICVC-SURE (Standard Usług Rozwojowych w Edukacji  ☐ Pearson Assured  ☐ Akredytacja EAQUALS  ☐ Inne (jakie?) ……………………………………………………………………………………………………………… | | | |
| Realizator usługi wydaje dokument potwierdzający kompetencje nabyte przez uczestników kształcenia ustawicznego:  ☐ Certyfikat  ☐ Zaświadczenie  ☐ Dyplom  ☐ Świadectwo  ☐ Inne (jakie?) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………  Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników wynika z przepisów powszechnie obowiązujących:  TAK ☐ NIE ☐  w przypadku odpowiedzi TAK należy podać podstawę prawną: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..….  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  w przypadku odpowiedzi NIE należy dołączyć do wniosku wzór dokumentu, o którym wyżej mowa (brak załączenia do wniosku tego dokumentu spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpatrzenia). | | | |
| Cena usługi kształcenia w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku (należy podać ceny innych wykonawców oferujących taką usługę oraz ich nazwę):  ☐ **Oferty są dostępne** ☐ **Oferty nie są dostępne**  Oferta nr 1 ………….…………………………….……liczba godzin……………….….cena…………………………………..  Oferta nr 2 ………….…………………………….……liczba godzin……………….….cena……………………….…………. | | | |
| Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | |
| Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy (należy wskazać zgodność kompetencji nabywanych przez uczestnika kształcenia z potrzebami lokalnego lub regionalnego rynku pracy oraz udowodnić, że umiejętności (kompetencje) nabyte podczas szkolenia uprawdopodobnią utrzymanie zatrudnienia):  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **REALIZATOR USŁUGI KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO FINANSOWANEJ ZE ŚRODKÓW KFS**  **(oddzielnie dla każdego rodzaju działania -  dotyczy DZIAŁANIA NR 4 - BADANIA LEKARSKIE I PSYCHOLOGICZNE ORAZ DZIAŁANIA NR 5 - UBEZPIECZENIE)** | | |
| Nazwa usługi: ………………………………………………………………………………………………………………………………………................................................................................................................................................................................................. | | |
| Nazwa realizatora usługi:  ……………………….………………………………………….………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………................................................ | | |
| Siedziba lub stałe miejsce wykonywania działalności gospodarczej realizatora usługi:  …….……….………..………………………………………………………………................................................................................................................................................................................................................................................. | | |
| NIP realizatora usługi  kształcenia ustawicznego:  ……………………………………. | Dotyczy kandydata/ów nr:  …………………..…….. | |
| Cena usługi w zł:  ……………………………………… | (w tym KFS):  …………………………… | (wkład własny pracodawcy):  ……………………………….. |
|  | | |
| Cena usługi kształcenia w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku (należy podać ceny innych wykonawców oferujących taką usługę oraz ich nazwę):  ☐ **Oferty są dostępne** ☐ **Oferty nie są dostępne**  Oferta nr 1 ………….…………………………………….……liczba godzin……………….….cena…………………………….……..  Oferta nr 2 ………….…………………………………………liczba godzin……………….….cena……………………….………..…. | | |
| Uzasadnienie potrzeby przeprowadzenia badania/ubezpieczenia uczestnika  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………..........................................................................................................................................................................  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………….......................................................................................................................................................................  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………… | | |

**Świadomy odpowiedzialności za podanie nieprawdziwej informacji oświadczam, że dane i oświadczenia zawarte   
w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą i stanem faktycznym na dzień złożenia wniosku.**

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

(Miejscowość, data) (Podpis i pieczątka Pracodawcy lub osoby uprawnionej)

Załączniki:

1. **Zaświadczenia lub oświadczenie o pomocy *de minimis***,w zakresie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 pkt 1  
    i ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej   
   (Dz. U. z 2023 r. poz. 702, z poźn. zm.) (Załącznik Nr 1 oświadczenie o pomocy *de minimis*),
2. **Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis**
3. formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis określony rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 30 lipca 2024 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2024 r. poz. 1206),
4. formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie określony w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawionych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz. U. 2010, Nr 121, poz. 810),

Odpowiedni formularz (wyłącznie jeden – stosowny do zakresu działalności), wymieniony w lit. a oraz b - **składa wnioskodawca będący beneficjentem pomocy publicznej**, który ubiega się o pomoc de minimis.

1. **Uwierzytelniona kopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności –**w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (np. umowa spółki cywilnej, statut),
2. **Program kształcenia ustawicznego** dla każdej formy kształcenia oddzielnie **lub zakres egzaminu** (w przypadku ubiegani się o sfinansowanie kosztów egzaminu) (wzór stanowi Załącznik Nr 4),
3. **Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawianego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego** (dla każdej formy kształcenia oddzielnie), jeżeli nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących wzór dokumentu powinien zawierać w m. in.: imię i nazwisko osoby objętej dofinansowaniem, nazwę sfinansowanego działania, termin realizacji, liczbę godzin, datę wystawienia dokumentu, nazwę organizatora usługi (instytucji szkoleniowej /egzaminującej), podpis osoby upoważnionej do wystawienia dokumentu,
4. Oświadczenie Wnioskodawcy (Załącznik Nr 6),
5. W przypadku, gdy Wnioskodawcę reprezentuje pełnomocnik, do wniosku musi być załączone pełnomocnictwo (zgodnie   
   z załączonym wzorem (Załącznik Nr 7),
6. Klauzula informacyjna Wnioskodawcy będącego osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą (Załącznik Nr 8).

**W przypadku braku załączników, o których mowa w punkcie od 1 do 5, wniosek pozostaje bez rozpatrzenia.**

**.**