



**11. Wielkość przedsiębiorstwa (zgodnie z definicjami zawartymi w Regulaminie przyznawania pracodawcy środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego w Powiatowym Urzędzie Pracy w Łowiczu w 2025r.:\***

MIKRO

MAŁE

ŚREDNIE

DUŻE

**12. Czy pracodawca w bieżącym roku złożył lub planuje złożyć wniosek o środki KFS na sfinansowanie kształcenia ustawicznego w innym powiatowym urzędzie pracy?\***

TAK, w PUP w .....

NIE

**13. Proszę zaznaczyć w ramach którego priorytetu Pracodawca wnioskuje o środki KFS\* oraz wskazać liczbę uczestników w ramach danego priorytetu:**

|   |  |                                |
|---|--|--------------------------------|
| <b>Priorytety naboru podstawowego w ramach tzw. Puli Ministra</b> | <b>Priorytet 1</b> - Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w zawodach określonych jako deficytowe na danym terenie tj. w powiecie lub w województwie  | <input type="checkbox"/> ..... |
|   | <b>Priorytet 2</b> - Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy  | <input type="checkbox"/> ..... |
|   | <b>Priorytet 3</b> – wsparcie kształcenia ustawicznego pracodawców i ich pracowników zgodnie z potrzebami szkoleniowymi, które pojawiły się na terenach dotkniętych przez powódź we wrześniu 2024 roku   | <input type="checkbox"/> ..... |
|   | <b>Priorytet 4</b> – 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   | <input type="checkbox"/> ..... |
|   | <b>Priorytet 5</b> – 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 | <input type="checkbox"/> ..... |
|   | <b>Priorytet 6</b> – Wsparcie cudzoziemców, w szczególności w zakresie zdobywania wiedzy na temat polskiego prawa pracy i integracji tych osób na rynku pracy  | <input type="checkbox"/> ..... |
|   | <b>Priorytet 7</b> - Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych  | <input type="checkbox"/> ..... |
|   | <b>Priorytet 8</b> - Rozwój umiejętności cyfrowych   | <input type="checkbox"/> ..... |
|   | <b>Priorytet 9</b> – Wsparcie rozwoju umiejętności związanych z transformacją energetyczną   | <input type="checkbox"/> ..... |

|  |  |                                |
|--|--|--------------------------------|
| <b>Priorytety w ramach naboru tzw. rezerwy</b> | <b>Priorytet 10</b> – Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób po 50 roku życia   | <input type="checkbox"/> ..... |
|  | <b>Priorytet 11</b> – Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób z orzeczoną stopniem niepełnosprawności  | <input type="checkbox"/> ..... |
|  | <b>Priorytet 12</b> - Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób z niskim wykształceniem  | <input type="checkbox"/> ..... |
|  | <b>Priorytet 13</b> – Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w obszarach/branżach, które powiatowe urzędy pracy określają na podstawie wybranych przez siebie dokumentów strategicznych, analiz czy planów rozwoju jako istotne dla danego powiatu czy województwa | <input type="checkbox"/> ..... |

\*zaznacz właściwe znakiem X

## II. DANE DOTYCZĄCE UCZESTNIKÓW

| Informacje o planowanych formach kształcenia ustawicznego oraz liczbie uczestników: |   |   |                    |   |         |
|---|---|---|--------------------|---|---------|
| Wyszczególnienie  |   | Liczba osób przewidzianych do objęcia wsparciem, w tym: |                    |   |         |
|   |   | Liczba pracodawców                                      | Liczba pracowników |   | Ogółem  |
|   | ogółem  |   | w tym kobiet       |   |         |
| Objęci wsparciem  |   | 1   | 2                  | 3 | 4 (1+2) |
| Według rodzajów wsparcia  | Kursy   |   |                    |   |         |
|   | Studia podyplomowe                                      |   |                    |   |         |
|   | Egzaminy  |   |                    |   |         |
|   | Badania lekarskie i/lub psychologiczne                  |   |                    |   |         |
|   | Ubezpieczenie od NNW związanych z podjęciem kształcenia |   |                    |   |         |
|   | Określenie potrzeb pracodawcy                           |   |                    |   |         |
| Według grup wiekowych   | 15 - 24 lata  |   |                    |   |         |
|   | 25 - 34 lata  |   |                    |   |         |
|   | 35 - 44 lata  |   |                    |   |         |
|   | 45 lat i więcej   |   |                    |   |         |
| Według poziomu wykształcenia  | gimnazjalne i poniżej                                   |   |                    |   |         |
|   | zasadnicze zawodowe                                     |   |                    |   |         |
|   | średnie ogólnokształcące                                |   |                    |   |         |
|   | policealne i średnie zawodowe                           |   |                    |   |         |
|   | wyższe  |   |                    |   |         |
| Według wykonywanych zawodów (nazwa wielkiej grupy zawodów)                          | Siły zbrojne  |   |                    |   |         |
|   | Kierownicy  |   |                    |   |         |
|   | Specjaliści   |   |                    |   |         |
|   | Technicy i inny średni personel                         |   |                    |   |         |
|   | Pracownicy biurowi                                      |   |                    |   |         |
|   | Pracownicy usług i sprzedawcy                           |   |                    |   |         |
|   | Rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy                    |   |                    |   |         |
|   | Robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy                    |   |                    |   |         |
|   | Operatorzy i monterzy maszyn i urządzeń                 |   |                    |   |         |
|   | Pracownicy wykonujący prace proste                      |   |                    |   |         |

### III. INFORMACJE DOTYCZĄCE RODZAJU KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO

#### 1. Forma kształcenia ustawicznego\*:

KURS

STUDIA PODYPLOMOWE

EGZAMIN

#### 2. Tabela wydatków kształcenia ustawicznego:

|   |  |   |                              |  |                               |
|---|--|---|------------------------------|--|-------------------------------|
| Nazwa kształcenia                                   |  |   |                              |  |                               |
| Termin kształcenia                                  | __/__/____ - __/__/____  |   |                              | Liczba godzin                                  |                               |
| Forma kształcenia*                                  | <input type="checkbox"/> stacjonarna <input type="checkbox"/> zdalna/on-line |   |                              |  |                               |
| Stanowiska pracy wraz z podaniem ilości uczestników | Ilość uczestników kształcenia RAZEM  | Koszt kształcenia dla jednej osoby w zł | Koszt kształcenia RAZEM w zł | Wnioskowana wysokość dofinansowania z KFS w zł | Wysokość wkładu własnego w zł |
| 1. .... - .....<br>os.                              |  |   |                              |  |                               |
| 2. .... - .....<br>os.                              |  |   |                              |  |                               |
| 3. .... - .....<br>os.                              |  |   |                              |  |                               |

\* zaznacz jedną właściwą formę znakiem X

### IV. UZASADNIENIE POTRZEBY ODBYCIA WSKAZANEGO KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO PRZY UWZGLĘDNIENIU AKTUALNYCH I PRZYSZŁYCH POTRZEB PRACODAWCY (niniejszą część wniosku należy powielić w zależności od ilości wskazanych stanowisk w tabeli w powyższej tabeli)

**1. Zgodność kompetencji nabywanych przez uczestnika kształcenia ustawicznego z potrzebami lokalnego lub regionalnego rynku pracy** - W obszarze jakiego zawodu (zgodnie z Barometrem zawodów deficytowych na 2025r. powiatu łowickiego) znajduje się wnioskowane kształcenie?

Nazwa zawodu ..... Kod zawodu .....

**1a. W jaki sposób nabyte kompetencje / kwalifikacje wpisują się w potrzeby lokalnego lub regionalnego rynku pracy?** (Należy bazować na opracowaniach: „Barometr zawodów deficytowych na 2025r.” dla powiatu łowickiego)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 2. Uzasadnienie odbycia kształcenia:\*

| Stanowisko pracy uczestnika  |  | Nr priorytetu |  |
|--|--|---------------|--|
| <b>Zakres zadań zawodowych wykonywanych na tym stanowisku:</b>   |  |               |  |
| <b>Jakie są aktualne lub przyszłe potrzeby wskazujące na konieczność objęcia danym kształceniem, z uwzględnieniem braków w kompetencjach pracodawcy /pracowników?</b><br>(Należy wykazać powiązanie pomiędzy planowanym kształceniem a wykonywaniem pracy w zawodzie przez pracownika/ pracodawcę, wskazać z czego wynika konieczność podniesienia lub uzupełnienia kwalifikacji/przekwalifikowania, a także odnieść się do wskazanego priorytetu.)                                |  |               |  |
|  |  |               |  |
| <b>Jakie kompetencje / kwalifikacje nabędą uczestnicy kształcenia?</b>   |  |               |  |
|  |  |               |  |
| <b>W jaki sposób wsparcie przyczyni się do utrzymania zatrudnienia?</b><br>(W przypadku kształcenia pracodawcy należy opisać jakie są dalsze plany i strategię rozwoju firmy mające związek z wnioskowanym kształceniem. W przypadku kształcenia pracownika należy wskazać jakie są plany utrzymania zatrudnienia osób na opisywanym stanowisku i sprecyzować na czym będą polegały – wskazać również konkretne okresy dalszego zatrudnienia wraz z podaniem wymiaru czasu pracy.) |  |               |  |
|  |  |               |  |

## V. INFORMACJE DOTYCZĄCE REALIZATORA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO

### 1. Informacje dotyczące przeprowadzonego rozeznania oferty dostępnej na rynku.

| Wyszczególnienie  |        | Wybrany realizator | Realizator do porównania* | Realizator do porównania* |
|---|--------|--------------------|---------------------------|---------------------------|
| Nazwa i siedziba realizatora  |        |                    |                           |                           |
| NIP/REGON   |        |                    |                           |                           |
| Liczba godzin kształcenia   |        |                    |                           |                           |
| Koszt kształcenia na jednego uczestnika   | netto  |                    |                           |                           |
|   | brutto |                    |                           |                           |
| Koszt osobogodziny  |        |                    |                           |                           |
| Posiadane Certyfikaty Jakości<br>(np. Certyfikat ISO, akredytacja np. Kuratora Oświaty, Centrów Egzaminacyjnych ECDL, Znak Jakości MSUES, Certyfikat VCC Akademia Edukacyjna) |        |                    |                           |                           |
| Wskazanie dokumentu, na podstawie którego realizator prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego**  |        |                    |                           |                           |

\* Dla potwierdzenia oferty realizatora do porównania można dołączyć kontrofertę zawierającą informacje o cenie, ilości godzin, formie kształcenia i tematyce kształcenia ustawicznego z podziałem na zajęcia praktyczne i teoretyczne – element ten podlega punktacji przy ocenie merytorycznej wniosku przez Komisję.

\*\* wskazanie PKD lub, jeśli nie dotyczy, należy dołączyć dokument – statut, inny akt prawny, regulamin-wraz ze stosownym wyjaśnieniem.

**2. Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego** (pracodawca musi wykazać najkorzystniejszy bilans ceny i innych kryteriów – jakości usług, doświadczenia, miejsce szkolenia, forma kształcenia, dodatkowe dogodności, w tym możliwość konsultacji trenerskich po odbyciu kształcenia. Opisać w jaki sposób wybrany realizator wyróżnia się na tle pozostałych instytucji w odniesieniu do wnioskowanego kształcenia).\*

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

Informacja o porównywanych ofertach usług: realizator, nazwa usługi, cena rynkowa (wydruk minimum 1 oferty do analizy):

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

\* element ten jest punktowany przez Komisję i może mieć wpływ na rozpatrzenie wniosku. Niejasne lub niezrozumiałe uzasadnienie może być podstawą do obniżenia punktacji w tym obszarze.

**VI. INFORMACJE DOTYCZĄCE POZOSTAŁYCH FORM FINANSOWANIA W RAMACH KFS –  
wypełnij, jeśli dotyczy**

**1. Inna forma wsparcia w ramach środków KFS:\***

- BADANIA LEKARSKIE I / LUB PSYCHOLOGICZNE  UBEZPIECZENIE NNW
- OKREŚLENIE POTRZEB PRACODAWCY W ZAKRESIE KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO W ZWIĄZKU Z UBIEGANIEM SIĘ O SFINANSOWANIE TEGO KSZTAŁCENIA Z KFS

\* Zaznacz właściwe znakiem X

**1a. Badania lekarskie i/ lub psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia ustawicznego lub pracy zawodowej po jego ukończeniu:**

| Rodzaj badań lekarskich i/lub psychologicznych | Termin badań | Nazwa i adres realizatora | Liczba osób | Koszt badań dla 1 osoby | Koszt badań RAZEM w zł | Wnioskowana wysokość dofinansowania z KFS w zł | Wysokość wkładu własnego w zł |
|--|--------------|---------------------------|-------------|-------------------------|------------------------|--|-------------------------------|
| 1.   |              |                           |             |                         |                        |  |                               |

**1b. Ubezpieczenie NNW w związku z podjęciem kształceniem ustawicznym:**

| Termin ubezpieczenia | Nazwa i adres ubezpieczyciela | Liczba osób ogółem | Koszt NNW dla 1 osoby | Koszt ubezpieczenia RAZEM w zł | Wnioskowana wysokość dofinansowania z KFS w zł | Wysokość wkładu własnego w zł |
|----------------------|-------------------------------|--------------------|-----------------------|--------------------------------|--|-------------------------------|
| 1.                   |                               |                    |                       |                                |  |                               |

**1c. Określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego:**

| Termin realizacji badania potrzeb wraz z jego opisem | Nazwa i adres realizatora badania | Całkowita wysokość wydatków | Wnioskowana wysokość dofinansowania z KFS w zł | Wysokość wkładu własnego w zł |
|--|-----------------------------------|-----------------------------|--|-------------------------------|
| 1.   |                                   |                             |  |                               |

**VII. WARTOŚĆ WNIOSKOWANEGO KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

|   |                         |    |
|---|-------------------------|----|
| Całkowita wartość wnioskowanych działań |                         | zł |
| w tym                                   | kwota wnioskowana z KFS | zł |
|   | kwota wkładu własnego   | zł |

---

**VIII. DO WNIOSKU NALEŻY DOŁĄCZYĆ\*:**

1. Dokumenty potwierdzające formę prawną Wnioskodawcy, w tym m.in: kserokopie umowy spółek wraz z ich aneksami, statuty, regulaminy, uchwały, wyciąg z rejestrów innych niż CEiDG / KRS lub inne dokumenty oznaczające formę prawną podmiotu.
2. Pełnomocnictwo do reprezentacji pracodawcy i składania w jego imieniu oświadczeń woli.
3. Wykaz osób, które mają zostać objęte działaniami finansowymi ze środków KFS - załącznik nr 1.
4. Oświadczenia pracodawcy – załączniki nr 2,3 i 9.
5. Oświadczenia pracodawcy – w zależności od wnioskowanego priorytetu - załączniki od 10 do 22.
6. Programy poszczególnych szkoleń, programy studiów podyplomowych (załącznik nr 6),  bądź  zakresy egzaminów (załącznik nr 7). Ww. dokumenty powinny być złożone zgodnie ze wzorami stanowiącymi załączniki nr 6 i 7 do Wniosku z KFS, bądź programami własnymi Realizatora pod warunkiem uwzględnienia wszystkich elementów z ww. załączników.
7. Wzory dokumentów potwierdzających kompetencje / kwalifikacje nabyte przez uczestników, wg wytycznych - załącznik nr 5.
8. Kopie certyfikatów jakości usług posiadane przez realizatora kształcenia ustawicznego.
9. Dokument, na podstawie którego realizator kształcenia prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego, jeżeli informacja ta nie jest dostępna w publicznych rejestrach elektronicznych.
10. Oświadczenie o pomocy de minimis - załącznik nr 8.
11. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis w oparciu o Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 29 marca 2010 r. w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2024 r. poz. 40) – dla Wnioskodawców prowadzących działalność poza sektorem rolnictwa i rybołówstwa.
12. Formularz informacji przedstawianych w oparciu o Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz. U. z 2010 r. Nr 121 poz. 810) – jeśli dotyczy.
13. Ogólna klauzula informacyjna – załącznik nr 4.

**\*Dokumenty składane w formie kopii muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez pracodawcę lub osobę do tego umocowaną.**

**Wszelkie skreślenia i naniesione poprawki we wniosku muszą być czytelne i zaparafowane przez wnioskodawcę.**

---

**Oświadczam, że:**

- zapoznałem się z Regulaminem przyznawania pracodawcy środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego w Powiatowym Urzędzie Pracy w Łowiczu w 2025 r. oraz wymienionymi w nim aktami prawnymi,
- pouczony o odpowiedzialności karnej art. 233 § 1 kodeksu karnego, oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym wniosku i załączonych do niego dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

**Data, pieczętka i podpis pracodawcy lub pełnomocnika**



.....  
(pieczęć firmowa Wnioskodawcy)

Załącznik nr 1

**Wykaz osób, które mają zostać objęte działaniami finansowymi z udziałem środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

| Lp. | Pracodawca* | Osoba pełniąca funkcje zarządcze w podmiocie* <sup>1</sup> | Pracownik* | Stanowisko pracy | Poziom wykształcenia <sup>2</sup> | 1. Forma zatrudnienia<br>2. Okres zatrudnienia od .... do.... | Kod zgłoszenia do ubezpieczenia | Grupa wiekowa <sup>3</sup> | Nazwa kształcenia ustawicznego | Koszt kształcenia ustawicznego dla danego uczestnika | PRIORYTET | Korzystał / Nie korzystał ze środków KFS w latach 2023-2025 r. w kwocie |
|-----|-------------|--|------------|------------------|-----------------------------------|---|---------------------------------|----------------------------|--------------------------------|--|-----------|---|
| 1   |             |  |            |                  |                                   |   |                                 |                            |                                |  |           |   |
| 2   |             |  |            |                  |                                   |   |                                 |                            |                                |  |           |   |
| 3   |             |  |            |                  |                                   |   |                                 |                            |                                |  |           |   |

Oświadczam, iż:

- ww. pracownicy wykonują pracę pod adresem: .....
- ww. osoby nie przebywają na urlopie bezpłatnym, macierzyńskim, ojcowskim lub wychowawczym.

**Uwaga! W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, przed podpisaniem umowy niezbędne będzie dostarczenie ww. wykazu osób objętych kształceniem ustawicznym zawierającym imię i nazwisko osoby oraz datę urodzenia, a także na wezwanie Urzędu udokumentowania prawdziwości danych zawartych w powyżej tabeli oraz złożenia oświadczeń.**

\* W celu określenia statusu uczestnika wpisz „X” w odpowiednią rubrykę

.....  
/podpis i pieczęć pracodawcy lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy

<sup>1</sup> W przypadku wskazania osoby pełniącej funkcje zarządcze w podmiocie konieczne jest dołączenie do wniosku dokumentu potwierdzającego istnienie stosunku pracy (np. umowy o pracę).

<sup>2</sup> podstawowe, gimnazjalne, zasadnicze zawodowe, średnie ogólnokształcące, średnie zawodowe, policealne, wyższe

<sup>3</sup> 15 - 24 lata; 25 – 34 lata; 35 - 44 lata; 45 lat i więcej (na dzień złożenia wniosku)

.....  
(pieczęć firmowa Wnioskodawcy)

.....  
(miejsowość i data)

## OŚWIADCZENIA PRACODAWCY

Posiadając pełną zdolność do czynności prawnych, zgodnie ze stanem faktycznym i w pełni świadomy w imieniu własnym / podmiotu, który reprezentuję\* oświadczam, że:

- **Zatrudniam / nie zatrudniam\*** pracowników na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę lub innego stosunku pracy uregulowanego w Kodeksie Pracy, a w przypadku nauczycieli - Karty Nauczyciela.
- Zakład pracy **jest / nie jest\*** w stanie likwidacji lub upadłości.
- **Ubiegam się / nie ubiegam się\*** o środki na kształcenie pracowników objętych niniejszym wnioskiem w innym powiatowym urzędzie pracy.
- Środki przeznaczone na kształcenie ustawiczne pracowników objętych niniejszym wnioskiem **przekroczą / nie przekroczą\*** 300 procent przeciętnego wynagrodzenia na osobę.
- **Jestem / nie jestem\*** mikroprzedsiębiorcą w rozumieniu art. 2 załącznika nr I do rozporządzenia Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014r.
- **Prowadzę / nie prowadzę\*** działalności gospodarczej w rozumieniu prawa konkurencji Unii Europejskiej.
- Na dzień złożenia niniejszego wniosku **zalegam / nie zalegam\*** z zapłatą wynagrodzeń pracownikom, należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz innych danin publicznych;
- **Otrzymałem / nie otrzymałem\*** pomocy de minimis oraz/lub pomocy de minimis w rolnictwie lub w rybołówstwie w okresie 3 minionych lat licząc od dnia złożenia wniosku.\*\*  
UWAGA: Przy ustalaniu wartości pomocy udzielonej Wnioskodawcy uwzględnia się także sumę wartości pomocy udzielonej przedsiębiorstwom powiązanym.
- **Jestem / nie jestem\*** beneficjentem podlegającym przepisom o pomocy publicznej w ramach wnioskowanych środków.
- **Spełniam / nie spełniam\*** warunki określone w Rozporządzeniu 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. Urz. UE L,2023/2831 z 15.12.2023).
- **Spełniam / Nie spełniam\*** warunki określone w **Rozporządzeniu 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 s. 9).
- **Spełniam / nie spełniam\*** warunki określone w Rozporządzeniu Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014r. 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, s. 45).
- **Jestem / nie jestem\*** pracodawcą, na którym ciąży obowiązek zwrotu wcześniej otrzymanej pomocy publicznej.

.....  
data/pieczętka/ podpis pracodawcy lub pełnomocnika

\* Niepotrzebne skreślić

\*\* W przypadku otrzymania pomocy de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie należy do wniosku dołączyć wszystkie zaświadczenia lub oświadczenia o wysokości uzyskanej pomocy

.....  
(pieczęć firmowa Wnioskodawcy)

.....  
(miejscowość i data)

## OŚWIADCZENIA PRACODAWCY

**W imieniu własnym / podmiotu, który reprezentuję oświadczam, że:**

- 1) **Zapoznałem** się z przepisami ustawy o promocji zatrudnienia (...) w zakresie KFS oraz rozporządzeniem MRPiPS z 14 maja 2014r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (w tym o konieczności zawarcia umowy pomiędzy pracodawcą a pracownikiem, któremu zostaną sfinansowane koszty kształcenia ustawicznego, określającej prawa i obowiązki stron).
- 2) **Mam świadomość**, iż Urząd finansuje koszty kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców z wyłączeniem kosztów wyżywienia, zakwaterowania i dojazdów.
- 3) Zaplanowane formy wsparcia w ramach kształcenia ustawicznego będą realizowane przez jednostkę zewnętrzną, z którą nie jestem powiązany osobowo lub kapitałowo.
- 4) **Jestem świadomy**, że dane osobowe dotyczące mojej osoby / dane podmiotu, w tym imię i nazwisko osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktów będą zbierane, przetwarzane, udostępniane i archiwizowane dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o której mowa w rozporządzeniu MPiPS z dnia 14 maja 2014r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (t.j. Dz. U z 2018 r. poz. 117), zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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), a także innych przepisów dotyczących ochrony danych osobowych.
- 5) W sytuacji otrzymania pomocy publicznej lub pomocy de minimis, de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie, w okresie od dnia złożenia niniejszego wniosku do dnia podpisania umowy z PUP **zobowiązuję się** do niezwłocznego poinformowania Urzędu o fakcie uzyskania takiej pomocy.
- 6) **Zobowiązuję się** do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Łowiczu (w szczególności w okresie od złożenia wniosku do podpisania umowy) o wszelkich zmianach stanu prawnego lub faktycznego wskazanego w dniu złożenia przedmiotowego wniosku.
- 7) **Mam świadomość**, że wnioski nie są rozpatrywane w trybie decyzji administracyjnej, w związku z czym nie podlegają procedurze odwoławczej.

.....  
data/ pieczętka/ podpis pracodawcy lub pełnomocnika

.....  
(pieczęć firmowa Wnioskodawcy)

.....  
(miejsowość i data)

## Ogólna klauzula informacyjna

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016r. 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) (Dz. Urz. UE L 119, s. 1) – dalej RODO – informujemy, że:

### I. Administrator danych osobowych

Administratorem danych, w tym danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Łowiczu mający siedzibę przy ul. St. Stanisławskiego 28, 99-400 Łowicz, reprezentowany przez Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Łowiczu zwanego dalej administratorem.

### II. Inspektor Ochrony Danych

Wyznaczyliśmy Inspektora Ochrony Danych Pana Pawła Łuczaka, z którym możesz się skontaktować w sprawach ochrony swoich danych osobowych pod e-mailem: [iodo@iodo.kutno.pl](mailto:iodo@iodo.kutno.pl) lub pisemnie na adres naszej siedziby, wskazany w pkt I.

### III. Cele i podstawy przetwarzania

Określono cele przetwarzania Państwa danych. Jako administrator będziemy przetwarzać Państwa dane:

1. w celu sfinansowania dla Państwa kosztów kształcenia – na podstawie umowy podpisanej z Państwem (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. b RODO),
2. w celu ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony przed roszczeniami będącego realizacją naszego prawnie uzasadnionego w tym interesu (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. f RODO);

### IV. Prawo do sprzeciwu

1. W każdej chwili przysługuje Państwu prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych opisanych powyżej. Przystaniemy przetwarzać Państwa dane w tych celach, chyba że będziemy w stanie wykazać, że w stosunku do Państwa danych istnieją dla nas ważne prawnie uzasadnione podstawy, które są nadrzędne wobec Państwa interesów, praw i wolności lub Państwa dane będą nam niezbędne do ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.

### V. Okres przechowywania danych

1. Państwa dane osobowe wynikające z zawarcia umowy będą przetwarzane przez okres 10 lat.

### VI. Odbiorcy danych

Państwa dane osobowe mogą zostać ujawnione podmiotom realizującym szkolenie, podmiotom uprawnionym do kontroli oraz organom państwa w zakresie realizowanych przez nie postępowań.

### VII. Prawa osób, których dane dotyczą:

Zgodnie z RODO, przysługuje Państwu:

- a) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
- b) prawo do sprostowania (poprawiania) swoich danych;
- c) prawo do usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych;
- d) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
- e) prawo do przenoszenia danych;
- f) prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

### VIII. Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych

Podanie danych stanowi warunek zawarcia umowy.

### IX. Zautomatyzowane podejmowanie decyzji

W procesie wykonywania umowy nie podejmujemy decyzji w sposób zautomatyzowany, w tym profilowania.

Zapoznałem się z treścią klauzuli

.....  
podpis i pieczęćka pracodawcy lub pełnomocnika

## WZÓR ZAŚWIADCZENIA

Jeżeli nie wynika on z przepisów szczególnych, winien zawierać następujące informacje:

- Imię i nazwisko osoby szkolonej,
- PESEL bądź data urodzenia,
- Nazwa kształcenia ustawicznego,
- Okres trwania szkolenia,
- Zakres tematyczny kształcenia ustawicznego i wymiar godzin,
- Pieczęć i nazwa Organizatora kształcenia,
- Data wydania.

Wzory powinny dotyczyć każdego wnioskowanego szkolenia / studiów podyplomowych i uwzględniać ich nazwę. Dokument ten winien być podpisany i potwierdzony przez realizatora kształcenia jako zgodny z rzeczywistością.

Uwaga:

Niniejszy dokument nie stanowi wzoru zaświadczenia, zawiera jedynie wytyczne dotyczące sposobu jego przygotowania.

.....  
( pieczęć realizatora)

## PROGRAM KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO

szkolenie /studia podyplomowe\*

1. Nazwa i adres realizatora kształcenia ustawicznego:

.....  
.....

2. Nazwa kształcenia ustawicznego:

.....  
.....

3. Miejsce odbywania kształcenia ustawicznego:

.....  
.....

4. Forma kształcenia ustawicznego\*:

Indywidualna       Grupowa       Stacjonarna       Zdalna/On-line

5. Liczba godzin kształcenia ustawicznego: .....

6. Cel kształcenia ustawicznego

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

7. Posiadane certyfikaty jakości kształcenia, jeżeli Realizator je posiada:

.....  
.....

8. Certyfikat potwierdzający nabycie kompetencji/kwalifikacji w ramach przedmiotowego kształcenia wynika z przepisów powszechnie obowiązujących\*:

TAK (wskaz podstawę prawną) .....  
 NIE

\* Zaznacz właściwe

9. Plan nauczania:

| <i>Temat zajęć edukacyjnych</i> | <i>Opis treści – kluczowe punkty szkolenia w zakresie poszczególnych zajęć edukacyjnych</i> | <i>Wymiar zajęć edukacyjnych</i> |                   |
|---------------------------------|---|----------------------------------|-------------------|
|                                 |   | <i>teoretyczne</i>               | <i>praktyczne</i> |
|                                 |   |                                  |                   |
|                                 |   |                                  |                   |
|                                 |   |                                  |                   |
|                                 |   |                                  |                   |
|                                 |   |                                  |                   |
|                                 |   |                                  |                   |
|                                 |   |                                  |                   |
|                                 |   |                                  |                   |
|                                 |   |                                  |                   |

.....  
/podpis i pieczętka realizatora kształcenia ustawicznego/



.....  
(pieczęć realizatora)

## INFORMACJA DOTYCZĄCA EGZAMINU

1. Nazwa i adres jednostki przeprowadzającej egzamin:

.....  
.....

2. Nazwa egzaminu:

.....  
.....

3. Miejsce przeprowadzenia egzaminu:

.....  
.....

4. Cele kształcenia ustawicznego:

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

| Lp. | ZAKRES EGZAMINU |
|-----|-----------------|
| 1.  |                 |
| 2.  |                 |
| 3.  |                 |

.....  
/podpis i pieczętka realizatora egzaminu/





.....  
(miejsowość, data)

## OŚWIADCZENIE O UZYSKANEJ POMOCY DE MINIMIS

Oświadczam, iż .....

.....  
(nazwa wnioskodawcy i adres)

w okresie 3 minionych lat\*:

- nie otrzymałem (-am) pomocy de minimis\*\*.
  
- otrzymałem (-am)\*\*:
  - pomoc de minimis o wartości ..... euro,
  - pomoc de minimis w rybołówstwie o wartości ..... euro,
  - pomoc de minimis w rolnictwie o wartości ..... euro.

.....  
/podpis i pieczętka pracodawcy lub pełnomocnika/

\* 3 minione lata liczone zgodnie z art. 112 Kodeksu cywilnego, tj. : "Termin oznaczony w tygodniach, miesiącach lub latach kończy się z upływem dnia, który nazwą lub datą odpowiada początkowemu dniowi terminu, a gdyby takiego dnia w ostatnim miesiącu nie było - w ostatnim dniu tego miesiąca. Jednakże przy obliczaniu wieku osoby fizycznej termin upływa z początkiem ostatniego dnia."

\*\* Zaznacz właściwe

## Oświadczenie

### o niepodleganiu sankcjom w związku z wojną w Ukrainie

W związku z art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego OŚWIADCZAM, że nie podlegam sankcjom wprowadzonym w związku z wojną w Ukrainie i:

1. **nie jestem / Wnioskodawca\*** **nie jest** wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu Rady (WE) nr 765/2006 oraz nr 269/2014 albo wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ww. ustawy;
2. beneficjentem rzeczywistym **Wnioskodawcy\*** w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2023 r. poz. 1124 z późn. zm.) **nie jest** osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisana na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ww. ustawy;
3. jednostką dominującą **Wnioskodawcy\*** w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994r. o rachunkowości (Dz. U. z 2023r. poz. 120 z późn. zm.), **nie jest** podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ww. ustawy.

\*dotyczy osób prawnych

.....  
data/pieczątka/ podpis pracodawcy lub pełnomocnika



## OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O SPEŁNIENIU PRIORYTETU Nr 1

### Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w zawodach określonych jako deficytowe na danym terenie tj. w powiecie lub województwie

Oświadczam, że osoby wskazane do udziału w kształceniu ustawicznym w ramach Priorytetu nr 1 spełniają warunek dostępu do tego priorytetu i należą do zaznaczonej grupy zawodów deficytowych powiatu łowickiego.

Podstawę identyfikacji zawodów deficytowych stanowi:

– **Barometr zawodów na 2025r. powiatu łowickiego:**

- kierowca autobusów,
- lekarze\*,
- logopedzi i audiofonolodzy
- nauczyciele praktycznej nauki zawodu,
- nauczyciele przedmiotów ogólnokształcących,
- nauczyciele przedmiotów zawodowych,
- nauczyciele szkół specjalistycznych i oddziałów integracyjnych,
- pielęgniarki i położne\*,
- pracownicy służb mundurowych,
- psychologodzy i psychoterapeuci.

**Logiczne i wiarygodne uzasadnienie:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

\*Jedynym ograniczeniem w zawodach deficytowych są staże podyplomowe oraz szkolenia specjalizacyjne lekarzy i lekarzy dentyistów, a także staże podyplomowe i specjalizacje pielęgniarek i położnych, na finansowanie których przeznaczone są oddzielne środki Funduszu Pracy (zgodnie z art. 108 ust. 1fa ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy).

.....  
/podpis i pieczęć pracodawcy lub pełnomocnika/

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O SPEŁNIENIU PRIORYTETU Nr 2****Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy**

Oświadczam, że pracownicy zatrudnieni w:

.....  
(pełna nazwa Pracodawcy)

wskazani do udziału w kształceniu ustawicznym pn. ....w ramach Priorytetu nr 2 będą wykonywali nowe zadania związane z wprowadzonymi/ planowanymi do wprowadzenia zmianami według poniższej tabeli:

| Rodzaj nowej wprowadzanej technologii | Nazwa | Nowe zadania osób planowanych do objęcia kształceniem | Rodzaj wymaganego dokumentu potwierdzającego *   |
|---------------------------------------|-------|---|--|
| <b>Maszyna lub urządzenie</b>         |       |   | <input type="checkbox"/> dokument potwierdzający zakup<br><br><input type="checkbox"/> pisemne zobowiązanie do zakupu  |
| <b>Technologia, system lub proces</b> |       |   | <input type="checkbox"/> dokument potwierdzający zakup<br><br><input type="checkbox"/> pisemne zobowiązanie do zakupu<br><br><input type="checkbox"/> pisemna decyzja o wprowadzeniu norm <u>ISO</u> |
| <b>Narzędzie pracy</b>                |       |   | <input type="checkbox"/> dokument potwierdzający zakup<br><br><input type="checkbox"/> pisemne zobowiązanie do zakupu  |

\* niedostarczenie co najmniej jednego z wymaganych dokumentów może spowodować, że priorytet nie zostanie uznany za spełniony. Wspomniane dokumenty mają stanowić załączniki do niniejszego oświadczenia pracodawcy.





OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O SPEŁNIENIU PRIORYTETU Nr 3

**Wsparcie kształcenia ustawicznego pracodawców i ich pracowników zgodnie z potrzebami szkoleniowymi, które pojawiły się na terenach dotkniętych przez powódź we wrześniu 2024 roku**

Oświadczam, że prowadzę działalność na terenie objętym przez powódź we wrześniu 2024r. i jest to miejscowość ..... / gmina ..... / powiat ..... / województwo .....

Oświadczam, że pracownicy zatrudnieni w:

.....  
(pełna nazwa Pracodawcy)

wskazani do udziału w kształceniu ustawicznym w ramach Priorytetu nr 3 spełniają warunek dostępu do tego priorytetu.

**Logiczne i wiarygodne uzasadnienie:**

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

.....  
data/pieczętka/ podpis pracodawcy lub pełnomocnika



**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O SPEŁNIENIU PRIORYTETU Nr 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**

Oświadczam, że pracownicy zatrudnieni w:

.....  
(pełna nazwa Pracodawcy)

wskazani do udziału w kształceniu ustawicznym w ramach Priorytetu nr 4 spełniają warunek dostępu do tego priorytetu.

**Logiczne i wiarygodne uzasadnienie:**

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

.....  
data/pieczętka/ podpis pracodawcy lub pełnomocnika



**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O SPEŁNIENIU PRIORYTETU Nr 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**

Oświadczam, że pracownicy zatrudnieni w:

.....  
(pełna nazwa Pracodawcy)

wskazani do udziału w kształceniu ustawicznym w ramach Priorytetu nr 5 spełniają warunek dostępu do tego priorytetu.

**Logiczne i wiarygodne uzasadnienie:**

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

.....  
data/pieczętka/ podpis pracodawcy lub pełnomocnika





## OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O SPEŁNIENIU PRIORYTETU Nr 6

### Wsparcie cudzoziemców, w szczególności w zakresie zdobywania wiedzy na temat polskiego prawa pracy i integracji tych osób na rynku pracy

Oświadczam, że:

- osoby wskazane do udziału w kształceniu ustawicznym w ramach Priorytetu Nr 6 spełniają warunek dostępu do tego priorytetu,

| Lp. | Osoba – należy wskazać pozycję uczestnika zgodnie z załącznikiem nr 1. | Cudzoziemiec* |
|-----|--|---------------|
| 1   |  | tak / nie     |
| 2   |  | tak / nie     |
| 3   |  | tak / nie     |

- w momencie składania wniosku pracownicy posiadają aktualny tytuł pobytowy i legalne zatrudnienie na terytorium RP,
- będą uczestniczyć w kształceniu tylko w przypadku posiadania aktualnego tytułu pobytowego i legalnego zatrudnienia na terytorium RP w okresie kształcenia.

\* Niepotrzebne skreślić

.....  
data/pieczątka/ podpis pracodawcy lub pełnomocnika



## OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O SPEŁNIENIU PRIORYTETU Nr 7

### Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych

Oświadczam, że pracownicy zatrudnieni w:

.....  
(pełna nazwa Pracodawcy)

wskazani do udziału w kształceniu ustawicznym w ramach Priorytetu nr 7 spełniają warunek dostępu do tego priorytetu.

Dostęp do priorytetu jest na podstawie posiadającego PKD w sekcji Q tj. Opieka zdrowotna i pomoc społeczna w działach:

- 86 - opieka zdrowotna,
- 87 – pomoc społeczna z zakwaterowaniem,
- 88 – pomoc społeczna bez zakwaterowania.

**Logiczne i wiarygodne uzasadnienie:**

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

.....  
data/pieczętka/ podpis pracodawcy lub pełnomocnika



## OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O SPEŁNIENIU PRIORYTETU Nr 8

### Rozwój umiejętności cyfrowych

Oświadczam, że pracownicy zatrudnieni w:

.....

(pełna nazwa Pracodawcy)

wskazani do udziału w kształceniu ustawicznym w ramach Priorytetu nr 8 spełniają warunek dostępu do tego priorytetu.

**Logiczne i wiarygodne uzasadnienie:**

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

.....  
data/pieczętka/ podpis pracodawcy lub pełnomocnika



## OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O SPEŁNIENIU PRIORYTETU Nr 9

### Wsparcie rozwoju umiejętności związanych z transformacją energetyczną

Oświadczam, że pracownicy zatrudnieni w:

.....

(pełna nazwa Pracodawcy)

wskazani do udziału w kształceniu ustawicznym w ramach Priorytetu nr 9 spełniają warunek dostępu do tego priorytetu.

**Logiczne i wiarygodne uzasadnienie:**

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

.....  
data/pieczętka/ podpis pracodawcy lub pełnomocnika



## OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O SPEŁNIENIU PRIORYTETU Nr 10

### **Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób po 50 roku życia**

Oświadczam, że osoby wskazane do udziału w kształceniu ustawicznym w ramach Priorytetu Nr 10 spełniają warunek dostępu do tego priorytetu i należą do grupy osób w wieku 50+, tj. na dzień złożenia wniosku mają ukończone 50 lat.

.....  
data/pieczętka/ podpis pracodawcy lub pełnomocnika



## OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O SPEŁNIENIU PRIORYTETU Nr 11

### **Wsparcie rozwoju i umiejętności i kwalifikacji osób z orzeczoną stopniem niepełnosprawności**

Oświadczam, że osoby wskazane do udziału w kształceniu ustawicznym w ramach Priorytetu Nr 11 spełniają warunek dostępu do tego priorytetu i należą do grupy osób z orzeczoną stopniem niepełnosprawności, co zostało przeze mnie zweryfikowane.

.....  
data/pieczętka/ podpis pracodawcy lub pełnomocnika



## OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O SPEŁNIENIU PRIORYTETU Nr 12

### **Wsparcie rozwoju i umiejętności i kwalifikacji osób z niskim wykształceniem**

Oświadczam, że osoby wskazane do udziału w kształceniu ustawicznym w ramach Priorytetu Nr 12 spełniają warunek dostępu do tego priorytetu i należą do osób posiadających niskie wykształcenie, nie mają świadectwa dojrzałości co zostało przeze mnie zweryfikowane.

.....  
data/pieczętka/ podpis pracodawcy lub pełnomocnika



**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O SPEŁNIENIU PRIORYTETU Nr 13**

**Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w obszarach/ branżach, które powiatowe urzędy pracy określają na podstawie wybranych przez siebie dokumentów strategicznych, analiz czy planów rozwoju jako istotne dla danego powiatu czy województwa**

Oświadczam, że kształcenie ustawiczne dla osób wskazanych w przedmiotowym wniosku znajduje się w obszarze lub dotyczy branży kluczowej dla rozwoju powiatu łowickiego, na dowód czego wskazuję wymagany dokument strategiczny:

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

(należy podać nazwę dokumentu, wskazać numer strony na której znajduje się odniesienie do konkretnego obszaru/branży kluczowej dla powiatu oraz podać adres strony internetowej na której znajduje się dokument)

**Logiczne i wiarygodne uzasadnienie:**

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

.....  
data/pieczętka/ podpis pracodawcy lub pełnomocnika



## PEŁNOMOCNICTWO

Ja niżej podpisany ..... jako właściciel/ wspólnik/ wspólnicy  
firmy ....., nr NIP: .....,  
z siedzibą w ..... upoważniam/y

Panią/Pana ..... – pracownika ww. firmy,  
legitymującego się dowodem osobistym nr: ....., zamieszkałego  
w ..... przy ul. ....  
do podejmowania wszelkich działań w zakresie ubiegania się o dofinansowanie do kształcenia  
ustawicznego i jego realizowania w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego w Powiatowym  
Urzędzie Pracy w Łowiczu, w tym w szczególności do:

- 1) złożenia, uzupełniania i poprawiania przedmiotowego wniosku wraz z jego załącznikami,
- 2) składania w moim imieniu oświadczeń woli, które skutkować mogą zaciągnięciem zobowiązań finansowych,
- 3) podpisania umowy o dofinansowanie kształcenia ustawicznego, a także prowadzenia i podpisywania wszelkiej dokumentacji wynikającej z realizacji przedmiotowej umowy.

.....  
data/pieczętka/ podpis pracodawcy