

……..…………………… Piaseczno, dn. ..................................

 (pieczątka pracodawcy)

**Starosta Powiatu Piaseczyńskiego**

za pośrednictwem

**Dyrektora**

**Powiatowego Urzędu Pracy**

**w Piasecznie**

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego**

**pracowników i pracodawców**

na zasadach określonych w art. 69a-b ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2019 r.,
poz. 1482 ze. zm.) oraz w Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r.

w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 117).

**Priorytety Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej KFS w roku 2020:**

1. wsparcie kształcenia ustawicznego dla osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem;
2. wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia;
3. wsparcie zawodowego kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych;
4. wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z rozwojem w firmach technologii i zastosowaniem wprowadzanych przez firmy narzędzi pracy;
5. wsparcie kształcenia ustawicznego w obszarach/branżach kluczowych dla rozwoju powiatu/województwa wskazanych w dokumentach strategicznych /planach rozwoju;
6. wsparcie realizacji szkoleń dla instruktorów praktycznej nauki zawodu bądź osób mających zamiar podjęcia się tego zajęcia, opiekunów praktyk zawodowych i opiekunów stażu uczniowskiego oraz szkoleń branżowych dla nauczycieli kształcenia zawodowego;
7. wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników zatrudnionych w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego, wskazanych na liście przedsiębiorstw społecznych prowadzonej przez MRPiPS, członków lub pracowników spółdzielni socjalnych lub pracowników Zakładów Aktywności Zawodowej

**DANE PRACODAWCY**

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

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

1. **Adres siedziby pracodawcy (zgodny z CEIDG/KRS)**

……………………………............................................................................................................................

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

1. **Adres do korespondencji** ………………………………….………………………………………………
2. **Miejsce prowadzenia działalności** ..............................................................................................................

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

1. **Telefon** ............................................................... **fax**.....................................................................................

**e-mail** .............................................................. **strona www[[1]](#footnote-1)** …...................................................................

1. **Numer identyfikacji podatkowej NIP** ............................................. **REGON** .........................................
2. **Numer działalności gospodarczej według PKD**.........................................................................................
3. **Czy działalność prowadzona jest w sektorze transportu drogowego**: TAK NIE

Wielkość przedsiębiorstwa – zgodnie z Ustawą o swobodzie działalności gospodarczej z dnia 2 lipca 2004 r. (Dz. U. z 2016 r. Poz. 1829 z późn. zm.)[[2]](#footnote-2)

* **mikro** (przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 2 mln euro i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 2 mln euro),
* **małe** (przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 mln euro i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 mln euro),
* **średnie** (przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 250 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 50 mln euro i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 43 mln euro),
* **inne**
1. **Liczba wszystkich zatrudnionych pracowników** …..................................................................................

**w tym liczba pracowników zatrudnionych na umowę o pracę:** ……………………………………..…

1. **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 ..................................................

11. **Osoba wyznaczona do kontaktu z PUP Piaseczno**:

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

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

**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...)

…...........................................................................................................................................................................

w tym:

1. **kwota wnioskowana z KFS** ........................................................................................................................

(słownie: …………………………………………………………………………………………………)

1. **kwota wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę** .........................................................................

(słownie: …………………………………………………………………………………………………)

**Koszty kształcenia ustawicznego tj. szkolenia i studia podyplomowe finansowane w całości lub co najmniej w 70% ze środków publicznych są zwolnione z VAT (art. 43 ust. 1 pkt 29 lit. C ustawy z dnia 11.03.2004 r. o podatku od towarów i usług , art. 9 pkt. 7 ustawy z dnia 27.08.2009 r. o finansach publicznych)**

**Nazwa oraz nr konta bankowego Pracodawcy na które miałby zostać przelane środki z KFS:**

………………………………………………………...…………………………………………………….

nazwa banku

🗌🗌-🗌🗌🗌🗌-🗌🗌🗌🗌-🗌🗌🗌🗌-🗌🗌🗌🗌-🗌🗌🗌🗌-🗌🗌🗌🗌

**UWAGA!**

W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku i otrzymania środków środki muszą zostać przekazane realizatorowi działań ze wskazanego wyżej konta.

**Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem przyznawania środków na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawców ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego przez Powiatowy Urząd Pracy w Piasecznie.**

………………………………………..

 Podpis Pracodawcy

**Tabela nr 1**

**Informacje dotyczące kształcenia ustawicznego (rodzaje):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Liczba pracodawców** | **Liczba pracowników** |
| **razem** | **w tym kobiet** | **razem** | **w tym kobiet** |
| **Objęci wsparciem ogółem:** |  |  |  |  |
| **Według rodzajów wsparcia** | kursy |  |  |  |  |
| studia podyplomowe |  |  |  |  |
| egzaminy |  |  |  |  |
| badania lekarskie i/lub psychologiczne |  |  |  |  |
| ubezpieczenie NNW |  |  |  |  |
| **Według grup wiekowych** | 15-24 |  |  |  |  |
| 25-34 |  |  |  |  |
| 35-44 |  |  |  |  |
| 45 lat i więcej |  |  |  |  |
| **Według poziomu wykształcenia** | gimnazjalne i poniżej |  |  |  |  |
| zasadnicze zawodowe |  |  |  |  |
| średnie ogólnokształcące |  |  |  |  |
| policealne i średnie zawodowe |  |  |  |  |
| wyższe |  |  |  |  |
| **Według grup wielkich zawodów i specjalności** | przedstawiciele władz publicznych, wyżsi urzędnicy i kierownicy |  |  |  |  |
| specjaliści |  |  |  |  |
| technicy i inny średni personel |  |  |  |  |
| pracownicy biurowi |  |  |  |  |
| pracownicy usług i sprzedawcy |  |  |  |  |
| rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy |  |  |  |  |
| robotnicy przemysłowi i rzemieślniczy |  |  |  |  |
| operatorzy i monterzy maszyn i urządzeń |  |  |  |  |
| pracownicy przy pracach prostych |  |  |  |  |
| siły zbrojne |  |  |  |  |
| bez zawodu |  |  |  |  |
| Osoby pracujące w szczególnych warunkach lub wykonujące pracę o szczególnym charakterze |  |  |  |  |
| Osoby mogące udokumentować wykonywanie przez co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, a którym nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej |  |  |  |  |
| Osoby młode, nowozatrudnieni pracownicy na podstawie umów, o których mowa w art. 150 f ust.1 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (do 30 roku życia) |  |  |  |  |

**Informacje dotyczące działań do sfinansowania z udziałem Krajowego Funduszu Szkoleniowego** (należy wypełnić oddzielnie do każdej osoby objętej kształceniem)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Dane osób objętych kształceniem** | **Działanie\* tj.** szkolenie, studia podyplomowe, egzamin, badania lekarskie i psychologiczne, *Ubezpieczenie NNW* | **Koszty** |
| 1. | …………………………Imię i nazwisko……………………………..Data urodzenia………………………………..rodzaj umowy oraz okres jej obowiązywania od …do…………………………………. wymiar etatu………………………………..stanowisko………………………………..………………………………..wykształcenie**Osoba z priorytetu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej na 2020 r.**(właściwe zaznaczyćpierwsza strona wniosku):* 1
* 2
* 3
* 4
* 5
* 6
* 7
 | **Działanie\* nr 1** …………..………………………….….**Nazwa kształcenia:** ……..................................................................................................................................................................................................**Nazwa, adres i NIP instytucji:** ………..…………………………………………..……………………………………………………………………………….**Miejsce kształcenia:** …………………………………………………..……………..…………………………………………………..……………..**Termin realizacji**: od………………. do….…….………..…**Ilość godzin zegarowych** ……………………………………**Koszt**:……………………..………..…………………..………**Działanie\* nr 2** …………..………………………….….**Nazwa kształcenia:** ……..................................................................................................................................................................................................**Nazwa, adres i NIP instytucji:** ………..…………………………………………..……………………………………………………………………………….**Miejsce kształcenia:** …………………………………………………..……………..…………………………………………………..……………..**Termin realizacji**: od………………. do….…….………..…**Ilość godzin zegarowych** ……………………………………**Koszt**:……………………..………..…………………..……… | Całkowita kwota na osobę: ………………Wnioskowana kwota na osobę:……………….Wysokość wkładu własnego na osobę: ………………. |

**Od każdej osoby wskazanej do kształcenia ustawicznego musi być wypełniona aktualna zgoda danego pracownika/pracodawcy na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 5)**

**UZASADNIENIE POTRZEBY ODBYCIA WYBRANEGO KSZTAŁCENIA PRZY UWZGLĘDNIENIU OBECNYCH I PRZYSZŁYCH POTRZEB PRACODAWCY/PRACOWNIKA:**

1. Krótki opis obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy w obszarze kształcenia ustawicznego i niezbędnych środków na sfinansowanie tych działań:

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

1. Krótki opis dotyczący planów dalszego zatrudnienia uczestników kształcenia ustawicznego:

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….

**Uzasadnienie wyboru organizatora kształcenia ustawicznego**

(należy wypełnić do każdej formy kształcenia)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Nazwa organizatora**
2. **Posiadane przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikaty jakości oferowanych usług kształcenia**
 | 1. **Nazwa kształcenia**
2. **Cena kształcenia**
3. **Ilość godzin**
 | **uzasadnienie wyboru** |
| 1. ………………………
2. ………………………
 | 1. ......................................................
2. ......................................................
3. ......................................................
 |  |
| **Cena usługi kształcenia ustawicznego w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku** **w dwóch innych instytucjach:** |
| **Nazwa organizatora** | **Nazwa kształcenia** | **Cena kształcenia** | **Ilość godzin** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Nazwa organizatora**
2. **Posiadane przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikaty jakości oferowanych usług kształcenia**
 | 1. **Nazwa kształcenia**
2. **Cena kształcenia**
3. **Ilość godzin**
 | **uzasadnienie wyboru** |
| 1. ………………………
2. ………………………
 | 1. .....................................................
2. .....................................................
3. .....................................................
 |  |
| **Cena usługi kształcenia ustawicznego w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku** **w dwóch innych instytucjach::** |
| **Nazwa organizatora** | **Nazwa kształcenia** | **Cena kształcenia** | **Ilość godzin** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Informacje:**

1. Wysokość wsparcia:
* 80% kosztów kształcenia ustawicznego, nie więcej jednak niż 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika,
* 100% kosztów kształcenia w przypadku mikroprzedsiębiorstw, nie więcej jednak niż 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika.
1. W przypadku, gdy pracodawca podlega przepisom o pomocy publicznej, zastosowanie ma:
* rozporządzenie komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013) lub
* 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) lub
* rozporządzenie komisji (WE) Nr 875/2007 z dnia 24 lipca 2007 r. w sprawie stosowania rt. 87 i 88 Traktatu WE w odniesieniu do pomocy w ramach zasad de minimis dla sektora rybołówstwa i zmieniające rozporządzenie (WE) nr 1860/2004 (Dz. Urz. UE L 193 z 25.07.2007).
1. Wniosek należy złożyć w Powiatowym Urzędzie Pracy właściwym ze względu na siedzibę pracodawcy albo miejsce prowadzenia działalności.
2. W przypadku gdy złożone wnioski są nieprawidłowo lub niekompletne, urząd wyznacza wnioskodawcy termin nie krótszy niż 7 dni i nie dłuższym niż 14 dni termin na ich uzupełnienie. Rozpatrzeniu będzie podlegał tylko wniosek kompletny i prawidłowo wypełniony.
3. **Wniosek pozostawia się bez rozpatrzenia o czym informuje się pracodawcę na piśmie w przypadku:**

1.nieporawienia wniosku we wskazanym terminie

2.niedołączenia załączników wymaganych zgodnie z § 5 ust 2 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 117).

**Wykaz obowiązkowych załączników:**

1. **Załącznik nr 1** – oświadczenie wnioskodawcy o powiązaniach z innymi podmiotami.
2. **Załącznik nr 2** – oświadczenie wnioskodawcy o łączeniu, przejęciu lub powstaniu wnioskodawcy w wyniku podziału.
3. **Załącznik nr 3** – oświadczenie pracodawcy.
4. **Załącznik nr 4** - oświadczenie o pomocy de minimis otrzymanej w ciągu danego roku oraz dwóch lat poprzedzających
5. **Załącznik nr 5**- informacja o przetwarzaniu danych osobowych dla pracodawców, kontrahentów i osób fizycznych.
6. W przypadku wnioskowania o szkolenia oferta instytucji wybranej do realizacji kształcenia zawierająca:
	1. termin kształcenia,
	2. program kształcenia,
	3. kalkulację kosztów kształcenia przygotowana na **załączniku nr 6**,
	4. wzór zaświadczania jakie otrzyma uczestnik kształcenia.
7. W przypadku wnioskowania o studia podyplomowe wypełniony przez uczelnię **załącznik nr 7** wraz z zakresem tematycznym.
8. W przypadku wnioskowania o egzamin wypełniony przez egzaminatora **załącznik nr 8** wraz z zakresem tematycznym.
9. Wzór umowy jaką pracodawca podpisze z pracownikiem uczestniczącym w kształceniu określającą prawa i obowiązki stron (tj. pracownik – pracodawca), z zapisem w umowie iż Pracownik, który nie ukończył kształcenia ustawicznego finansowanego ze środków KFS z powodu rozwiązania przez niego umowy o pracę lub rozwiązania z nim umowy na podstawie art. 52 KP, jest obowiązany do zwrotu pracodawcy poniesionych kosztów.
10. Aktualny odpis z KRS lub aktualny wpis do ewidencji działalności gospodarczej.
11. Kserokopię umowy spółki w przypadku spółek prawa cywilnego oraz koncesja lub pozwolenie na prowadzenie działalności – w przypadku gdy wymaga tego przepis prawa.
12. Formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.
13. Zaświadczenie z ZUS o stanie zatrudnienia lub deklaracja ZUS DRA.
14. Deklaracja ZUS P RCA (na pracowników objętych kształceniem)

***Urząd zastrzega sobie prawo żądania dodatkowych dokumentów stwierdzających prawo do otrzymania dofinansowania do kształcenia ustawicznego w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego***

**Załącznik nr 1**

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O POWIĄZANIACH Z INNYMI PRZEDSIĘBIORSTWAMI[[3]](#footnote-3))**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Świadomy/a, iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy zgodnie z art. 233 § 1 K.K. podlega karze pozbawienia wolności do lat 3, oświadczam, że pomiędzy wnioskodawcą a innym przedsiębiorstwami istnieją powiązania polegające na tym, że:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie |

**1)** jedno przedsiębiorstwo posiada w drugim przedsiębiorstwie większość praw głosu akcjonariuszy lub udziałowców?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie |

**2)** jedno przedsiębiorstwo ma prawo wyznaczyć lub odwołać większość członków organu administracyjnego, zarządzającego lub nadzorczego innego przedsiębiorstwa?**3)** jedno przedsiębiorstwo ma prawo wywierać

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie |

dominujący wpływ na inne przedsiębiorstwo zgodnie z umową zawartą z tym przedsiębiorstwem lub postanowieniami w jego akcie założycielskim lub umowie spółki?**4)** jedno przedsiębiorstwo, które jest akcjonariuszem

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie |

lub udziałowcem innego przedsiębiorstwa, samodzielnie kontroluje, zgodnie z porozumieniem z innymi akcjonariuszami lub udziałowcami tego przedsiębiorstwa, większość praw głosu akcjonariuszy lub udziałowców tego przedsiębiorstwa?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie |

 **5)** przedsiębiorstwo pozostaje w jakimkolwiek ze stosunków opisanych powyżej poprzez jedno inne przedsiębiorstwo lub kilka innych przedsiębiorstw?W przypadku zaznaczenia przynajmniej jednej odpowiedzi twierdzącej, należy dołączyć zaświadczenia lub oświadczenia, o których mowa w art. 37 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1808 ) oraz numery NIP wszystkich powiązanych z wnioskodawcą przedsiębiorstw. |

…...……………………………………

 / pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

 do reprezentowania pracodawcy/

**Załącznik nr 2**

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O ŁĄCZENIU, PRZEJĘCIU LUB POWSTANIU WNIOSKODAWCY W WYNIKU PODZIAŁU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Świadomy/a, iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy zgodnie z art. 233 § 1 K.K. podlega karze pozbawienia wolności do lat 3, oświadczam, że wnioskodawca w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz w okresie dwóch poprzedzających lat podatkowych:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie |

**1)** powstał wskutek połączenia się co najmniej dwóch  przedsiębiorstw?**2)** przejął inne przedsiębiorstwo?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | tak |  | nie |

**3)** powstał w wyniku podziału innego przedsiębiorstwa na co najmniej dwa przedsiębiorstwa?W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w pkt 1 i 2, należy dołączyć zaświadczenia lub oświadczenia, o których mowa w art. 37 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej oraz numery NIP wszystkich połączonych lub przejętych przedsiębiorstw.W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w pkt 3, należy dołączyć zaświadczenia, o których mowa w art. 37 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej, dotyczące pomocy de minimis udzielonej przedsiębiorstwu przed podziałem w odniesieniu do przejmowanej przez wnioskodawcę działalności. Jeśli taki podział jest niemożliwy należy dołączyć wszystkie zaświadczenia udzielone przedsiębiorstwu przed podziałem. Jednocześnie w obu przypadkach należy podać numer NIP przedsiębiorstwa przed podziałem.  |

…...……………………………………

 / pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

 do reprezentowania pracodawcy/

**Załącznik nr 3**

………………………………. …………………………….

(pieczęć firmowa wnioskodawcy) (miejscowość i data)

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1 Kodeksu karnego, oświadczam w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję, co następuje:**

1. Jestem pracodawcą w rozumieniu art.3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks Pracy;
2. Jestem\*/ nie jestem\* mikroprzedsiębiorcą, zgodnie z załącznikiem nr I do rozporządzenia Komisji (WE) nr 800/2008 z dnia 6 sierpnia 2008 r. uznającego niektóre rodzaje pomocy za zgodne ze wspólnym rynkiem w zastosowaniu art. 87 i 88 Traktatu (ogólne rozporządzenie w sprawie wyłączeń blokowych)
3. Zalegam[[4]](#footnote-4)\*/ Nie zalegam\* w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
4. Zalegam\* / Nie zalegam\* w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych;
5. Posiadam\* / Nie posiadam\* w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych;
6. Spełniam warunki rozporządzenia komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis, ponieważ w ciągu ostatnich trzech lat podatkowych nie korzystałem ze środków pomocy przyznawanej podmiotom gospodarczym przekraczających kwotę 200 tys.€, a w przypadku przedsiębiorcy prowadzącego działalność w zakresie drogowego transportu towarów – 100 tys. €.
7. Spełniam warunki rozporządzenia 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, ponieważ w ciągu ostatnich trzech lat podatkowych nie korzystałem ze środków pomocy przekraczających kwotę 15 tys. €.
8. Spełniam warunki rozporządzenia Komisji (WE) Nr 717/2014 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, ponieważ w ciągu ostatnich trzech lat podatkowych nie korzystałem ze środków pomocy przekraczających kwotę 30 tys. €.
9. Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy ze starostą otrzymam pomoc publiczną.
10. Przyznanie środków z KFS we wnioskowanej wysokości nie spowoduje przekroczenia limitu pomocy w wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia na jedną osobę w danym roku, o którym mowa w art.69b ust.1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
11. **Zapoznałem się z art.69 a i 69b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz z rozporządzeniem Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej z 27 grudnia 2016 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego.**
12. Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu przez Powiatowy Urząd Pracy w Piasecznie dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o której mowa w rozporządzeniu MPiPS z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. 2014 poz. 639 ), zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U z 2016 r. poz. 922)
13. Jestem świadomy(a), że kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego jest finansowane ze środków publicznych i w związku z tym podlega szczególnym zasadom rozliczania.
14. Prawdziwość danych zawartych w niniejszym wniosku potwierdzam własnoręcznym podpisem.
15. **Oświadczam, że nie ubiegam się o środki na kształcenie pracowników objętych niniejszym wnioskiem w innym Powiatowym Urzędzie Pracy**
16. **Oświadczam, że ciąży\*/ nie ciąży\* na mnie obowiązek zwrotu kwoty stanowiącej równowartość udzielonej pomocy publicznej, co do której Komisja Europejska wydała decyzję o obowiązku zwrotu pomocy\*;**

……………………………………………...

/ pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

 do reprezentowania pracodawcy/

**Załącznik nr 4**

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1 Kodeksu karnego, oświadczam, że w ciągu bieżącego roku oraz 2 lat poprzedzających go lat**

* otrzymałem środki stanowiące pomoc de minimis\*
* nie otrzymałem środków stanowiących pomoc de minimis\*

W przypadku otrzymania pomocy de minimis należy wypełnić poniższe zestawienie o otrzymanej pomocy

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **organ udzielający pomocy** | **dzień udzielenia pomocy** | **wartość pomocy w euro** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Oświadczam, że otrzymałem inną pomoc publiczną/nie otrzymałem innej pomocy publicznej\* w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis.

*\* niepotrzebne skreślić*

*……………………………………………………..*

/ pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

 do reprezentowania pracodawcy/

**Załącznik nr 5**

**INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH DLA PRACODAWCÓW, KONTRAHENTÓW I OSÓB FIZYCZNYCH.**

Zgodnie z art.13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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 (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych) informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Piasecznie, z siedzibą:

05-500 Piaseczno, ul. Szkolna 20, tel. 22 73 76 200; fax: 22 73 76 218;

e-mail: sekretariat@piaseczno.praca.gov.pl

1. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym może się Pan/Pani skontaktować poprzez

e-mail: iodo@piaseczno.praca.gov.pl lub pisemnie na adres siedziby Administratora.

1. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą w celu zawarcia i realizacji umowy, zamówienia na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.oraz Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji usług i instrumentów rynku pracy oraz aktywizacji zawodowej oraz bezrobotnych i poszukujących pracy, w tym pośrednictwa w zatrudnieniu na podstawieart.6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. w związku z art.9 i 9a ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
2. Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa oraz inne podmioty, które przetwarzają Pana/Pani dane osobowe w imieniu Administratora, na podstawie zawartej umowy powierzenia danych (tzw. podmioty przetwarzające).
3. Pana/Pani dane będą przechowywane przez 10 lat, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
4. Przysługuje Panu/Pani prawo żądania dostępu do danych osobowych ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych.
5. Przysługuje Panu/Pani prawo żądania usunięcia danych osobowych, jednak prawo to przysługuje nie wcześniej niż wynika to z obowiązujących przepisów dotyczących archiwizacji dokumentów (jak w pkt. 5 informacji).
6. Dane nie będą użyte do profilowania w myśl przepisów ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) oraz nie będą użyte do zautomatyzowanego podejmowania decyzji.
7. Pana/Pani dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowych.
8. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Jest Pan/Pani zobowiązany

(-na) do ich podania, niepodanie danych uniemożliwi załatwienie sprawy w Powiatowym Urzędzie Pracy w Piasecznie.

1. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa

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

……………………………………….

(nazwisko i imię)

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

(adres) **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zapoznałem(-łam)się z powyższą informacją o przetwarzaniu danych osobowych

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

 (podpis osoby składającej oświadczenie)

**Załącznik nr 6**

…………………………………….

pieczątka instytucji szkoleniowej

**KALKULACJA KOSZTÓW SZKOLENIA**

**FINANSOWANEGO ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH\***

Nazwa szkolenia ……………………………………………………………………………………………………………………………………..……..

Miejsce realizacji szkolenia …………………………………………………………………………………………………….……………….…….

Termin szkolenia…………………………………………………………………………………………………………………………..………..………

Ilość godzin szkolenia …………………………………………………

Elementy wchodzące w koszt szkolenia w przeliczeniu na jednego uczestnika:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa usługi** | **Kwota**  |
| **1** | Płace wykładowców/koszty wynagrodzeń za prowadzenie zajęć dydaktycznych\* |  |
| **2** | Egzamin |  |
| **3** | Obsługa administracyjna kursu (telefony, kierownictwo, nadzór pedagogiczny, przygotowanie zaświadczeń o ukończeniu kursu, itp.) |  |
| **4** | Koszt utrzymania (wynajmu sali), sprzętu i innych materiałów potrzebnych do realizacji szkolenia |  |
| **5** | Koszty materiałów szkoleniowych  |  |
| **6** | **Inne koszty:** |  |
| Zakwaterowanie |  |
| Wyżywienie |  |
| Dojazd |  |
| Inne – wymienić jakie |  |
|  | **RAZEM- CAŁKOWITY KOSZT SZKOLENIA**  |  |

…………..….……………………

 data i podpis Wykonawcy

\*wypełnia instytucja szkoleniowa

**Załącznik nr 7**

…………………………………….

 pieczątka uczelni

Miejscowość, data:…………….……………

**ZAŚWIADCZENIE**

(wypełnia uczelnia)

**Nazwa studiów podyplomowych:**

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

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

Okres nauki: od ……………..………….……do………..…………..………..

**Płatność za studia:**

* Całkowity koszt studiów: ……………………….………….…
* Płatność do dnia …………………………………..………….

.………………….………………………

 podpis i pieczątką osoby upoważnionej

* do zaświadczenia należy załączyć program studiów podyplomowych

**Załącznik nr 8**

…………………………………….

 pieczątka instytucji egzaminującej

Miejscowość, data:…………….……………

**ZAŚWIADCZENIE**

(wypełnia organizator egzaminu)

**Nazwa egzaminu:** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Termin egzaminu**: …………………………………………………………………………………..

***Płatność za egzamin***

**Koszt egzaminu:** ……………………………………………………………………………………

**Płatność do dnia:** ……………………………………………………………………………………

………………….………………………

 podpis i pieczątką osoby upoważnionej

* do zaświadczenia należy załączyć zakres egzaminu
1. wypełnić w przypadku posiadania [↑](#footnote-ref-1)
2. odpowiednie zaznaczyć [↑](#footnote-ref-2)
3. ) Należy wskazać powiązania, w jakich wnioskodawca pozostaje z innymi przedsiębiorstwami. [↑](#footnote-ref-3)
4. \* niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-4)