

.....  
(pieczęćka pracodawcy)

Piaseczno, dn. ....

**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 Rady Rynku Pracy dla rezerwy KFS w roku 2019:**

- a) wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników Centrów Integracji Społecznej, Klubów Integracji Społecznej, Warsztatów Terapii Zajęciowej,
- b) wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności,
- c) wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych technologii i narzędzi pracy.

## DANE PRACODAWCY

1. Pełna nazwa pracodawcy .....
2. Adres siedziby pracodawcy (zgodny z CEIDG/KRS)  
.....
3. Adres do korespondencji .....
4. Miejsce prowadzenia działalności .....
5. Telefon ..... fax.....  
e-mail ..... strona www<sup>1</sup> .....
6. Numer identyfikacji podatkowej NIP ..... REGON .....
7. Numer działalności gospodarczej według PKD.....
8. 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.)<sup>2</sup>

- 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**

9. Liczba wszystkich zatrudnionych pracowników .....  
w tym liczba pracowników zatrudnionych na umowę o pracę: .....

10. 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 .....

<sup>1</sup> wypełnić w przypadku posiadania

<sup>2</sup> odpowiednio zaznaczyć



## Informacje dotyczące kształcenia ustawicznego (rodzaje):

Wyszczególnienie		Liczba pracodawców		Liczba pracowników	
		razem	w tym kobiet	razem	w tym kobiet
<b>Objęci wsparciem ogółem:</b>					
<b>Według rodzajów wsparcia</b>	kursy				
	studia podyplomowe				
	egzamin				
	badania lekarskie i/lub psychologiczne				
	ubezpieczenie NNW				
<b>Według grup wiekowych</b>	15-24				
	25-34				
	35-44				
	45 lat i więcej				
<b>Według poziomu wykształcenia</b>	gimnazjalne i poniżej				
	zasadnicze zawodowe				
	średnie ogólnokształcące				
	policealne i średnie zawodowe				
	wyższe				
<b>Według grup wielkich zawodów i specjalności</b>	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 rzemieślnicy				
	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, <i>Ubezpieczenie NNW</i>	Koszty
1.	<p>..... Imię i nazwisko</p> <p>..... Data urodzenia</p> <p>..... rodzaj umowy oraz okres jej obowiązywania od ...do</p> <p>..... wymiar etatu</p> <p>..... stanowisko</p> <p>..... wykształcenie</p> <p><b>Osoba z priorytetu Rady Rynku Pracy na 2019 r.</b></p> <p>(pierwsza strona wniosku):</p> <p><input type="checkbox"/> a</p> <p><input type="checkbox"/> b</p> <p><input type="checkbox"/> c</p>	<p>✓ Działanie .....</p> <p><b>Nazwa kształcenia:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Nazwa, adres i NIP instytucji:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Miejsce kształcenia:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Termin realizacji:</b> od..... do.....</p> <p><b>Ilość godzin zegarowych</b> .....</p> <p><b>Koszt:</b>.....</p> <p>✓ Działanie .....</p> <p><b>Nazwa kształcenia:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Nazwa, adres i NIP instytucji:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Miejsce kształcenia:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Termin realizacji:</b> od..... do.....</p> <p><b>Ilość godzin zegarowych</b> .....</p> <p><b>Koszt:</b>.....</p>	<p>Całkowita kwota na osobę:</p> <p>.....</p> <p>Wnioskowana kwota na osobę:</p> <p>.....</p> <p>Wysokość wkładu własnego na osobę:</p> <p>.....</p>

**Od każdej osoby wskazanej do kształcenia ustawicznego na kolejnej stronie po informacji dotyczące działań do sfinansowania z udziałem Krajowego Funduszu Szkoleniowego musi być wypełniona aktualna zgoda danego pracownika/pracodawcy na przetwarzanie danych osobowych**

## ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

(wypełnia każdy uczestnik kształcenia ustawicznego)

Ja niżej podpisany/a

.....

( imię i nazwisko, data urodzenia)

wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowy Urząd Pracy w Piasecznie danych osobowych zawartych w dokumentacji o dofinansowanie kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców z Krajowego Funduszu Szkoleniowego zgodnie z ustawa z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U z 2018 r. poz. 1000)

.....

miejsowość, data\*

.....

podpis

---

\* Data na oświadczeniu nie może wcześniejsza niż na dwa tygodnie przed złożeniem wniosku

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

- a) Krótki opis obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy w obszarze kształcenia ustawicznego i niezbędnych środków na sfinansowanie tych działań:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- b) Krótki opis dotyczący planów dalszego zatrudnienia uczestników kształcenia ustawicznego:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Uzasadnienie wyboru organizatora kształcenia ustawicznego**  
(należy wypełnić do każdej formy kształcenia)

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

1. Nazwa organizatora	1. Nazwa kształcenia		<b>uzasadnienie wyboru</b>
2. Posiadane przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikaty jakości oferowanych usług kształcenia	2. Cena kształcenia		
3. Ilość godzin	3. Ilość godzin		
1. ....	1. ....		
2. ....	2. ....		
	3. ....		
<b>Cena usługi kształcenia ustawicznego w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku w dwóch innych instytucjach::</b>			
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.
2. 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 art. 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).
3. Wniosek należy złożyć w Powiatowym Urzędzie Pracy właściwym ze względu na siedzibę pracodawcy albo miejsce prowadzenia działalności.
4. 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.
5. **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**- oświadczenie RODO
6. W przypadku wnioskowania o szkolenia oferta instytucji wybranej do realizacji kształcenia zawierająca:
  - a. termin kształcenia,
  - b. program kształcenia,
  - c. kalkulację kosztów kształcenia przygotowana na **załączniku nr 6**,
  - d. wzór zaświadczenia 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. Oświadczenia osób objętych wsparciem o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych.
10. Wzór umowy jaką pracodawca podpisze z pracownikiem uczestniczącym w kształceniu określającą prawa i obowiązki.
11. Aktualny odpis z KRS lub aktualny wpis do ewidencji działalności gospodarczej.
12. Kserokopię umowy spółki w przypadku spółek prawa cywilnego oraz koncesja lub pozwolenie na prowadzenie działalności – w przypadku gdy wymaga tego przepis prawa.
13. Formularz informacji przedstawionych przy ubieganiu się o pomoc de minimis.
14. Zaświadczenie z ZUS o stanie zatrudnienia lub deklaracja ZUS DRA.
15. 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***

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O POWIĄZANIACH Z INNYMI PRZEDSIĘBIORSTWAMI<sup>3)</sup>**

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:

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

<input type="checkbox"/>	tak	<input type="checkbox"/>	nie
--------------------------	-----	--------------------------	-----

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

<input type="checkbox"/>	tak	<input type="checkbox"/>	nie
--------------------------	-----	--------------------------	-----

3) jedno przedsiębiorstwo ma prawo wywierać dominujący wpływ na inne przedsiębiorstwo zgodnie

<input type="checkbox"/>	tak	<input type="checkbox"/>	nie
--------------------------	-----	--------------------------	-----

z umową zawartą z tym przedsiębiorstwem lub postanowieniami w jego akcie założycielskim lub umowie spółki?

4) jedno przedsiębiorstwo, które jest akcjonariuszem lub udziałowcem innego przedsiębiorstwa, samodzielnie

<input type="checkbox"/>	tak	<input type="checkbox"/>	nie
--------------------------	-----	--------------------------	-----

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

5) przedsiębiorstwo pozostaje w jakimkolwiek ze stosunków opisanych powyżej poprzez jedno inne przedsiębiorstwo lub kilka innych przedsiębiorstw?

<input type="checkbox"/>	tak	<input type="checkbox"/>	nie
--------------------------	-----	--------------------------	-----

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.

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

<sup>3)</sup> Należy wskazać powiązania, w jakich wnioskodawca pozostaje z innymi przedsiębiorstwami.

**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:

1) powstał wskutek połączenia się co najmniej dwóch przedsiębiorstw?

<input type="checkbox"/>	tak	<input type="checkbox"/>	nie
--------------------------	-----	--------------------------	-----

2) przejął inne przedsiębiorstwo?

<input type="checkbox"/>	tak	<input type="checkbox"/>	nie
--------------------------	-----	--------------------------	-----

3) powstał w wyniku podziału innego przedsiębiorstwa na co najmniej dwa przedsiębiorstwa?

<input type="checkbox"/>	tak	<input type="checkbox"/>	nie
--------------------------	-----	--------------------------	-----

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.

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

.....  
(pieczęć firmowa wnioskodawcy)

.....  
(miejsowość 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\*/ 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\*;**

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

\* niepotrzebne skreślić

**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 oraz dołączyć kopię zaświadczeń o otrzymanej pomocy

<b>l.p.</b>	<b>organ udzielający pomocy</b>	<b>dzień udzielenia pomocy</b>	<b>wartość pomocy w euro</b>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

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*

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

OŚWIADCZENIE RODO

.....

(pieczęć pracodawcy)

Od dnia 25 maja 2018r. Powiatowy Urząd Pracy w Piasecznie zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), informuje, że administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy w Piasecznie.

.....

(pieczęć i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej  
do reprezentowania pracodawcy)

.....  
pieczętka 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	<b>Inne koszty:</b>	
	Zakwaterowanie	
	Wyżywienie	
	Dojazd	
	Inne – wymienić jakie	
	<b>RAZEM- CAŁKOWITY KOSZT SZKOLENIA</b>	

.....  
data i podpis Wykonawcy



.....  
pieczęć uczelni

Miejscowość, data:.....

**ZAŚWIADCZENIE**  
(wypełnia uczelnia)

**Nazwa studiów podyplomowych:**

.....  
.....

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

**Płatność za studia:**

- Całkowity koszt studiów: .....
- Płatność do dnia .....

.....  
podpis i pieczęcią osoby upoważnionej

\*do zaświadczenia należy załączyć program studiów podyplomowych

.....  
pieczęć instytucji egzaminującej

Miejscowość, data:.....

**ZAŚWIADCZENIE**  
(wypełnia organizator egzaminu)

**Nazwa egzaminu:**

.....  
.....

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

*Płatność za egzamin*

**Koszt egzaminu:** .....

**Płatność do dnia:** .....

.....  
podpis i pieczęć osoby upoważnionej

\*do zaświadczenia należy załączyć zakres egzaminu