**Załącznik nr 2**

do wniosku o dofinansowanie ze środków rezerwy KFS

**Informacje o uczestnikach kształcenia ustawicznego** (podać dla każdego pracownika / osoby pracodawcy w podziale na wybrane działania)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMA KSZTAŁCENIA** | **Liczba pracowników/****pracodawca** | **Priorytet** | **Nazwa kształcenia/ Liczba godzin na osobę** | **Aktualnie wykonywany zawód/nazwa stanowiska osoby wskazanej do kształcenia** | **CAŁKOWITY KOSZT NETTO KSZTAŁCENIANA JEDNEGO UCZESTNIKA** | **LICZBA UCZESTNIKÓW:** | **Wykształcenie** |
|  | 15-24 lata/ w tym kobiet | 25-34 lata/ w tym kobiet | 35-44 lata/ w tym kobiet | 45 lat i więcej/ w tym kobiet | Gimnazjalne/podstawowe i poniżej | Zasadnicze zawodowe/branżowe | Średnie ogólnokształcące | Policelane i średnie zawodowe/branżowe | wyższe |
| **SZKOLENIA** | Osoba Pracodawcy *(jeśli wskazany do kształcenia)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ……………….. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ……………….. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ……………. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMA KSZTAŁCENIA** | **Liczba pracowników/****pracodawca** | **Priorytet** | **Nazwa kształcenia** | **Aktualnie wykonywany zawód/nazwa stanowiska osoby wskazanej do kształcenia** | **CAŁKOWITY KOSZT NETTO KSZTAŁCENIANA JEDNEGO UCZESTNIKA** | **LICZBA UCZESTNIKÓW:** | **Wykształcenie** |
| Ogółem/w tym kobiet | 15-24 lata/ w tym kobiet | 25-34 lata/ w tym kobiet | 35-44 lata/ w tym kobiet | 45 lat i więcej/ w tym kobiet | Gimnazjalne/podstawowe i poniżej | Zasadnicze zawodowe/branżowe | Średnie ogólnokształcące | Policelane i średnie zawodowe/branżowe | wyższe |
| **STUDIA PODYPLOMOWE** | Osoba Pracodawcy *(jeśli wskazany do kształcenia)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ……………. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

……………………………… ………………………….……………………

 Data /pieczątka i podpis osoby upoważnionej/

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMA KSZTAŁCENIA** | **Liczba pracowników/****pracodawca** | **Priorytet** | **Nazwa kształcenia** | **Aktualnie wykonywany zawód/nazwa stanowiska osoby wskazanej do kształcenia** | **CAŁKOWITY KOSZT NETTO KSZTAŁCENIANA JEDNEGO UCZESTNIKA** | **LICZBA UCZESTNIKÓW:** | **Wykształcenie** |
| Ogółem/w tym kobiet | 15-24 lata/ w tym kobiet | 25-34 lata/ w tym kobiet | 35-44 lata/ w tym kobiet | 45 lat i więcej/ w tym kobiet | Gimnazjalne/podstawowe i poniżej | Zasadnicze zawodowe/branżowe | Średnie ogólnokształcące | Policelane i średnie zawodowe/branżowe | wyższe |
| **BADANIA LEKARSKIE I PSYCHOLOGICZNE** | Osoba Pracodawcy *(jeśli wskazany do kształcenia)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ……………. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMA KSZTAŁCENIA** | **Liczba pracowników/****pracodawca** | **Priorytet** | **Nazwa kształcenia** | **Aktualnie wykonywany zawód/nazwa stanowiska osoby wskazanej do kształcenia** | **CAŁKOWITY KOSZT NETTO KSZTAŁCENIANA JEDNEGO UCZESTNIKA** | **LICZBA UCZESTNIKÓW:** | **Wykształcenie** |
| Ogółem/w tym kobiet | 15-24 lata/ w tym kobiet | 25-34 lata/ w tym kobiet | 35-44 lata/ w tym kobiet | 45 lat i więcej/ w tym kobiet | Gimnazjalne/podstawowe i poniżej | Zasadnicze zawodowe/branżowe | Średnie ogólnokształcące | Policelane i średnie zawodowe/branżowe | wyższe |
| **EGZAMINY** | Osoba Pracodawcy *(jeśli wskazany do kształcenia)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ……………. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

……………………………… ………………………..……………………

 Data /pieczątka i podpis osoby upoważnionej/

……………………………… ……………………..….……………………

 Data /pieczątka i podpis osoby upoważnionej/

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMA KSZTAŁCENIA** | **Liczba pracowników/****pracodawca** | **Priorytet** | **Nazwa kształcenia** | **Aktualnie wykonywany zawód/nazwa stanowiska osoby wskazanej do kształcenia** | **CAŁKOWITY KOSZT NETTO KSZTAŁCENIANA JEDNEGO UCZESTNIKA** | **LICZBA UCZESTNIKÓW:** | **Wykształcenie** |
| Ogółem/w tym kobiet | 15-24 lata/ w tym kobiet | 25-34 lata/ w tym kobiet | 35-44 lata/ w tym kobiet | 45 lat i więcej/ w tym kobiet | Gimnazjalne/podstawowe i poniżej | Zasadnicze zawodowe/branżowe | Średnie ogólnokształcące | Policelane i średnie zawodowe/branżowe | wyższe |
| **UBEZPIECZENIE NNW** | Osoba Pracodawcy *(jeśli wskazany do kształcenia)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pracownik 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ……………. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |