**  **

**Nr wniosku ………………….**

**WNIOSEK**

**O PRZYZNANIE ŚRODKÓW Z KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO**

**NA FINANSOWANIE LUB WSPÓŁFINANSOWANIE DZIAŁAŃ**

**NA RZECZ KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO PRACOWNIKÓW I PRACODAWCÓW**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. DANE PRACODAWCY** | | | | | | | | | | |
| nazwa Pracodawcy | | |  | | | | | | | |
| **DANE PODSTAWOWE** | | | | | | | | | | |
|  | **miejscowość** | | | **ulica** | | | **nr** | **kod pocztowy** | **powiat** | **województwo** |
| Adres siedziby |  | | |  | | |  |  |  |  |
| Miejsce prowadzenia działalności |  | | |  | | |  |  |  |  |
| Adres do korespondencji |  | | |  | | |  |  |  |  |
| nr telefonu |  | | | | | | | nr faksu |  | |
| e-mail |  | | | | | | | strona www |  | |
| NIP |  | | | | | | | REGON |  | |
| PKD ***(przeważające)*** |  | | | | | | | Branża |  | |
| data rozpoczęcia działalności | | | | |  | | | | | |
| **DANE ORGANIZACYJNE** | | | | | | | | | | |
| forma prawna wnioskodawcy: | | | | |  | | | | | |
| liczba pracowników zatrudnionych na umowę o pracę w dniu złożenia wniosku; | | | | |  | | | | | |
| średnioroczne zatrudnienie w przeliczeniu na pełne etaty\* | | | | |  | | | | | |
| roczny obrót; | | | | | roczny obrót netto lub suma aktywów **nie przekracza 2 mln EUR,** | | | - PRZEKRACZA □  - NIE PRZEKRACZA □  - NIE DOTYCZY □ | | |
| roczny obrót netto lub suma aktywów **nie przekracza 10 mln EUR,** | | | - PRZEKRACZA □  - NIE PRZEKRACZA □  - NIE DOTYCZY □ | | |
| roczny obrót netto **nie przekracza** **50 mln** EUR lub suma aktywów **nie przekracza 43 mln EUR,** | | | - PRZEKRACZA □  - NIE PRZEKRACZA □  - NIE DOTYCZY □ | | |
| wielkość przedsiębiorstwa\*\* | | | | | mikroprzedsiębiorstwo: TAK □ / NIE □ / NIE DOTYCZY □  małe przedsiębiorstwo: TAK □ / NIE □ / NIE DOTYCZY □  średnie przedsiębiorstwo: TAK □ / NIE □ / NIE DOTYCZY □ | | | | | |
| \*Średnioroczne zatrudnienie określa się w przeliczeniu na pełne etaty.  Przy obliczaniu średniorocznego zatrudnienia nie uwzględnia się pracowników przebywających na urlopach macierzyńskich, dodatkowych urlopach macierzyńskich, urlopach na warunkach urlopu macierzyńskiego, dodatkowych urlopach na warunkach urlopu macierzyńskiego, urlopach ojcowskich, urlopach rodzicielskich i urlopach wychowawczych, a także zatrudnionych w celu przygotowania zawodowego.  W przypadku przedsiębiorcy działającego krócej niż rok, średnioroczne zatrudnienie oszacowuje się na podstawie danych za ostatni okres, udokumentowany przez przedsiębiorcę.  -------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------  \*\* Za mikroprzedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych:  1) zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz  2) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 2 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 milionów euro.    Za małego przedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych:  1) zatrudniał średniorocznie mniej niż 50 pracowników oraz  2) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 10 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 10 milionów euro.  Za średniego przedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych:  1) zatrudniał średniorocznie mniej niż 250 pracowników oraz  2) osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 50 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 43 milionów euro.  Wyrażone w euro wielkości, rocznego obrotu lub sumy aktywów, przelicza się na złote według średniego kursu ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski w ostatnim dniu roku obrotowego wybranego do określenia statusu przedsiębiorcy. | | | | | | | | | | |
| **POZOSTAŁE DANE** | | | | | | | | | | |
| imię i nazwisko oraz stanowisko osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Pracodawcy przy podpisywaniu umowy | | | | | | | | | | |
| ……………………………….. ..…………………………….. …………………………  imię i nazwisko stanowisko **wzór podpisu**  **lub**  .……………………………… ………………………………. ..……………………….  imię i nazwisko stanowisko **wzór podpisu**  **UWAGA:** W przypadku, gdy pracodawcę lub przedsiębiorcę reprezentuje pełnomocnik do wniosku należy załączyć pełnomocnictwo określające jego zakres i podpisane przez osoby uprawnione do reprezentacji pracodawcy lub przedsiębiorcy. Pełnomocnictwo należy przedłożyć w oryginale, w postaci notarialnie potwierdzonej kopii lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez osobę lub osoby udzielające pełnomocnictwa (tj. osobę lub osoby uprawnione do reprezentacji pracodawcy lub przedsiębiorcy). Podpis lub podpisy osób uprawnionych do występowania w obrocie prawnym w imieniu pracodawcy muszą być czytelne lub opatrzone pieczątkami imiennymi. **Pełnomocnictwo nie jest wymagane, jeżeli osoba podpisująca wniosek i umowę jest upoważniona z imienia i nazwiska do reprezentowania Pracodawcy w dokumencie rejestracyjnym.** | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktu z urzędem; | | | | | |  | | | | |
| Nr telefonu; | |  | | | | Adres e-mail; |  | | | |
| **2. DANE DOTYCZĄCE WSPARCIA** | | | | | | | | | | |
| łączna liczba osób do objęcia wsparciem; | | | | | |  | | | | |
| łączny koszt form wsparcia objętych dofinansowaniem w tym; | | | | | |  | | | | |
| wnioskowana wysokość środków KFS; | | | | | |  | | | | |
| wysokość wkładu własnego; | | | | | |  | | | | |
| numer rachunku bankowego na który zostanie przekazane dofinansowanie; | | | | | |  | | | | |

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

Miejscowość i data podpis i pieczątka Pracodawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane dotyczące uczestnika planowanego do objęcia kształceniem ustawicznym** | | | | | | | | | | | | | | | | Nr.  PORZĄDKOWY | |
|  | |
| Miejsce wykonywania pracy przez wyżej wskazanego: | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Stanowisko pracy: | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Kod zawodu wg Klasyfikacji Zawodów i Specjalności: | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| pracodawca | | pracownik | | 15-24  lat | 25-34 lat | 35-44 lat | 45 lat  i więcej | | wykształcenie | | Forma zatrudnienia / rodzaj umowy o pracę / wymiar etatu | | | | | Okres zatrudnienia**\*** od - do | |
| K | M | K | M |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | | | | |  | |
| ***\*******Okres zatrudnienia*** *– proszę podać datę początkową zatrudnienia i w przypadku umowy na czas określony datę końca zatrudnienia. Zaś w przypadku umowy na czas nieokreślony, proszę podać datę początkową zatrudnienia z dopiskiem* ***„na czas nieokreślony”. Nie używając określenia „do nadal”.*** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Priorytety wydatkowania środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego w roku 2021**  **Dofinansowanie z Krajowego Funduszu Szkoleniowego przeznaczone jest na:** *( proszę zaznaczyć „x” właściwe, jeden z poniższych 8 priorytetów )* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. wsparcie kształcenia ustawicznego osób zatrudnionych w firmach, które na skutek obostrzeń zapobiegających rozprzestrzenianiu się choroby COVID-19, musiały ograniczyć swoją działalność; | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 1. wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników służb medycznych, pracowników służb socjalnych, psychologów, terapeutów, pracowników domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych, prywatnych domów opieki oraz innych placówek dla seniorów/osób chorych/niepełnosprawnych, które bezpośrednio pracują z osobami chorymi na COVID-19 lub osobami z grupy ryzyka ciężkiego przebiegu tej choroby; | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 1. wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych;   KOD ZAWODU : …………………………………………… | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 1. wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia; | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 1. wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem; | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 1. wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych technologii i narzędzi pracy, w tym także technologii i narzędzi cyfrowych; | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 1. wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które nie posiadają świadectwa ukończenia szkoły lub świadectwa dojrzałości; | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 1. 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. | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **Czy w/w pracownik był objęty kształceniem ustawicznym, dofinansowywanym ze środków KFS, w latach poprzednich ?** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **w 2019 r.** | | | | | | | | | | TAK □ NIE □ | | | | | | | |
| jeżeli tak proszę obok podać nazwę i termin kształcenia; | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **w 2020r.** | | | | | | | | | | TAK □ NIE □ | | | | | | | |
| jeżeli tak proszę obok podać nazwę i termin kształcenia; | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **w 2021 r.** | | | | | | | | | | TAK □ NIE □ | | | | | | | | |
| jeżeli tak proszę obok podać nazwę i termin kształcenia; | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Rodzaj działania**  ***(należy wskazać tylko jeden rodzaj działania dla poszczególnego uczestnika)*** | | | | | | | | **Planowane do poniesienia koszty**  **w poszczególnych działaniach** | | | | | | | | | |
| **Ogółem** | | | | **w tym Krajowy Fundusz Szkoleniowy** | | | **w tym**  **wkład własny pracodawcy** | | |
| **Kursy** | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | |
| Nazwa kursu ………………………………………………………………………………………………………..…………..…  Nazwa instytucji szkoleniowej ………………………………………………………………………………………..……..……  Miejsce szkolenia …………………………………………………………………………………………………..………..……  Termin realizacji: od …………… do………… Liczba godzin szkolenia …….. Koszt osobogodziny szkolenia ………… | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Studia podyplomowe** | | | | | | | | | |  | | |  |  | | | |
| Nazwa studiów ……………………………………………………………………………………………….….……..………..  Nazwa organizatora kształcenia ………………………………………………………………………………….…………..…  Miejsce szkolenia ………………………………………………………………………….……………………….……..……  Termin realizacji od ………… do…………… Liczba godzin studiów ……..… Koszt osobogodziny studiów ….…..… | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Badania lekarskie** | | | | | | | | | |  | | |  |  | | | |
| Rodzaj badania …………………………………………………………………………………………………………….……  Termin badania ……………………………………………………………………………………………………………….….  Nazwa przychodni wykonującej badania ……………………………………………………………………………………..… | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Egzaminy** | | | | | | | | | |  | | |  |  | | | |
| Nazwa egzaminu ………………………………………………………………………………………………………………….  Nazwa instytucji egzaminującej …………………………………………………………………………………..………………  Miejsce egzaminu……………………………………………………………………………………………………………….…  Termin realizacji ………………………………………………………………………………………………………………..… | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **OGÓŁEM WYDATKI PRZEZNACZONE NA KSZTAŁCENIE W/W PRACOWNIKA LUB**  **PRACODAWCĘ** | | | | | | | | | |  | | |  |  | | | |
| **Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego przez pracownika lub pracodawcę w kontekście określonych priorytetów. Wskazanie celów zawodowych zrealizowanych dzięki wnioskowanemu kształceniu.** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Uzasadnienie wyboru organizatora kształcenia ustawicznego , wraz z następującymi informacjami:**  **- nazwa i siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego,**  **- cena usługi kształcenia ustawicznego w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku, o ile są dostępne.** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudniania osoby, która została objęta kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**UWAGA: dla każdej osoby planowanej do objęcia kształceniem ustawicznym należy wypełnić osobną tabelkę.**

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

Miejscowość i data podpis i pieczątka pracodawcy

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE PRACODAWCY** |
| 1. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne ze stanem faktycznym. |
| 1. Oświadczam, że nie toczy się w stosunku do mnie postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek o likwidację, |
| 1. Oświadczam, że w dniu złożenia wniosku nie zalegam z wypłacaniem w terminie wynagrodzeń pracownikom, z opłacaniem w terminie składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz z opłacaniem w terminie innych danin publicznych, |
| 1. Nie posiadam w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych. |
| 1. **Jestem / nie jestem**¹ przedsiębiorcą w rozumieniu Rozporządzenia Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w prawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy *de minimis.* |
| 1. Spełniam/y warunki, o których mowa w art. 3 ust. 2 rozporządzenia Komisji (WE)  Nr 1407/2013 oraz w art. 3, ust. 2 rozporządzenia Komisji (WE) Nr 1408/2013. |
| 1. Zapoznałem się z „Regulaminem przyznawania środków na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawców ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego przez Powiatowy Urząd Pracy w Opolu” i zobowiązuje się do przestrzegania jego zapisów. |
| 1. Oświadczam że zapoznałem się z treścią wzoru umowy o finansowanie działań obejmujących kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy jaka urząd zawiera z Pracodawcą i zobowiązuje się do przestrzegania jej zapisów. |
|  |

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

Miejscowość i data podpis i pieczątka pracodawcy

*1 proszę zaznaczyć wybraną formę*

**ZAŁĄCZNIKI**

1. Oświadczenie dotyczące otrzymania lub nie otrzymania pomocy de minimis w roku podatkowym, w którym Pracodawca ubiega się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających lat podatkowych – **załącznik nr 1.**
2. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis, stanowiący załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 października 2014 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2014r., poz. 1543) – **załącznik nr 2.** *( formularz do pobrania na stronie internetowej PUP w Opolu:* [*www.pup.opole.pl*](http://www.pup.opole.pl) *)*
3. Kopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej – **załącznik nr 3. W**przypadku spółek cywilnych, Pracodawca obligatoryjnie dołącza potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię spółki cywilnej
4. Program kształcenia i/lub zakres egzaminu– **załącznik nr 4.**
5. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników wystawionego przez realizator usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika ona z przepisów powszechnie obowiązujących – **załącznik nr 5.**
6. Kserokopie umów o pracę, w przypadku kiedy osobami objętymi wsparciem KFS mają zostać osoby pełniące funkcje zarządcze w spółkach akcyjnych lub spółkach z ograniczoną odpowiedzialnością (potwierdzone za zgodność z oryginałem)
7. W przypadku, gdy pracodawcę lub przedsiębiorcę reprezentuje pełnomocnik do wniosku należy załączyć pełnomocnictwo określające jego zakres i podpisane przez osoby uprawnione do reprezentacji pracodawcy lub przedsiębiorcy. Pełnomocnictwo należy przedłożyć w oryginale, w postaci notarialnie potwierdzonej kopii lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez osobę lub osoby udzielające pełnomocnictwa.

**U W A G A :**

**Załączniki do wniosku powinny być ponumerowane oraz ułożone zgodnie z ww. wykazem.**

**OŚWIADCZENIE Załącznik nr 1**

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

( pełna nazwa pracodawcy )

Na podstawie art. 37 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej ( t.j. Dz. U. z 2020, poz. 708 ) oświadczam, że w roku podatkowym w którym ubiegam się o pomoc oraz w ciągu 2 poprzedzających lat podatkowych **nie otrzymałem / otrzymałem\*** pomocy *de minimis*w następującej wielkości:

**\* zaznaczyć właściwe**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Organ  udzielający  pomocy | Dzień udzielen[i](file:///T:\WNIOSKI%202014%20po%20zmianie%20ustawy\REF.%20SKŁADEK%20DO%2030%20RŻ\REF%20SKŁADEK%20DO%2030%20RZ.docx#bookmark2)a  pomocy  (dzień-miesiąc-rok) | Wartość pomocy  brutto | |
| w PLN | w EURO |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| itd. |  |  |  |  |
|  |  | Razem pomoc  *de minimis* |  |  |

W przypadku spółek cywilnych wymagane jest złożenie oddzielnych oświadczeń dotyczących spółki oraz każdego wspólnika spółki

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

Miejscowość i data podpis i pieczątka pracodawcy

*( w y p e ł n i a o r g a n i z a t o r k s z t a ł c e n i a )*  **Załącznik nr 4**

**P R O G R A M K S Z T A Ł C E N I A U S T A W I C Z N E G O**

**dot. Nr Porządkowego …………… zgodnie z wnioskiem**

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| **Nazwa organizatora kształcenia ustawicznego:** | | | | | | | | | | **NIP:** | |
|  | | | | | | | | | |  | |
| **S i e d z i b a o r g a n i z a t o r a k s z t a ł c e n i a** | | | | | | | | | | | |
| **Kod pocztowy:** | | | | **Miasto:** | **Ulica:** | | | | | **Województwo:** | |
|  | | | |  |  | | | | |  | |
| **Miejsce odbywania kształcenia ustawicznego:** | | | |  | **Telefon do organizatora kształcenia:** | |  | | | | |
| **Koszt szkolenia jednego pracownika** *( koszty nie mogą zawierać kosztów związanych z przejazdem, zakwaterowaniem oraz wyżywieniem uczestników )* | | | | | | |  | | | | |
| **Nazwa kształcenia ustawicznego :** | | | | |  | | | | | | |
| **Termin kształcenia ustawicznego :** | | | | | od ……..………….…….……... do ………………….………….. | | | | | | |
| **Czy liczba godzin wynikających z programu to godziny lekcyjne czy godziny zegarowe?** *(zaznacz właściwe)* | | | | | * LEKCYJNE (45min) | | | * ZEGAROWE (60min) | | | |
| **Liczba godzin kształcenia ogółem :** | | | | |  | **Koszt osobogodziny:** | | | | |  |
| **Informacja na jakiej podstawie organizator kształcenia prowadzi pozaszkolne formy edukacji:**  dołączyć kopię dokumentu uprawniającego do prowadzenia pozaszkolnych form kształcenia ustawicznego *(dot. wyłącznie kursów)* jeżeli informacja ta nie jest dostępna w publicznych rejestrach elektronicznych | | | | | …………………………….…………………………………………….  ……………………………….………………………………………….  ……………………………….………………………………………….  …………………………….…………………………………………….  ……………………………….………………………………………….  ……………………………….…………………………………………. | | | | | | |
| **Czy wzór dokumentu potwierdzający kompetencje nabyte przez uczestnika kształcenia, wystawiany przez organizatora kształcenia wynika z przepisów powszechnie obowiązujących?** *(zaznacz właściwe)* | | | | | * TAK   **Jeśli TAK, to z jakich?**  ………………………… | | | | * NIE | | |
| **CERTYFIKATY JAKOŚCI KSZTAŁCENIA** | | | | | | | | | | | |
| **Posiadane certyfikaty jakości kształcenia zgodne aktualną listą certyfikatów prowadzoną przez Polską Agencję Rozwoju Przedsiębiorczości (PARP) na potrzeby Bazy Usług Rozwojowych (BUR)** | | | | | Wymienić jakie: …….………………………………………………...  …………………………….…………………………………………….  ……………………………….………………………………………….  ( dołączyć kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem ) | | | | | | |
| **Akredytacja kuratora oświaty** | | | | | * TAK   ( dołączyć kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem ) | | | | * NIE | | |
| **Plan nauczania** | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.P. | **Tematy zajęć** | **Ilość godzin teoretycznych** | **Ilość godzin praktycznych** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| Itd. |  |  |  |

…………………………………………………………….

( podpis i pieczęć kierownika szkolenia bądź osoby uprawnionej )