|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| ……………………………………………(pieczęć wnioskodawcy) |  | ……………………………………………(data wpływu do PUP) |

**Starosta Jarosławski**

za pośrednictwem

**Powiatowego Urzędu Pracy**

**w Jarosławiu**

**WNIOSEK**

**o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców /** **określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego z Krajowego Funduszu Szkoleniowego w ramach priorytetów wydatkowania środków KFS w roku 2025 ustalonych przez Ministra właściwego do spraw pracy w porozumieniu z Radą Rynku Pracy**

**KAŻDY WNIOSEK NALEŻY WYPEŁNIĆ WYŁĄCZNIE NA JEDNO KSZTAŁCENIE USTAWICZNE**

na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy

(Dz.U.2024.475 j.t. z późn. zm.) oraz rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r.

w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz.U.2018.117 j.t.).

## I. DANE PRACODAWCY

1. Nazwa pracodawcy1:

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

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

1. Forma prawna prowadzonej działalności:

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

(jednostka budżetowa lub przedsiębiorstwo: spółka prawa handlowego, działalność indywidualna osoby fizycznej w tym prowadzona w ramach spółki cywilnej, stowarzyszenie, fundacja, spółdzielnia)

1. Adres siedziby:

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

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

1. Miejsce prowadzenia działalności gospodarczej:

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

1. Wielkość przedsiębiorcy**: € mikro € mały € średni € duży**
2. Oznaczenie przeważającego rodzaju działalności gospodarczej według PKD**:** ……………….….............................................................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| 1. NIP: ………………………………….………
 | 1. REGON: ………………………………….………
 |

1. Nazwa banku i numer rachunku bankowego: …………………………………………………………... ……………………………………………………………………………………………………………………………
2. Liczba zatrudnionych pracowników …………., w tym w przeliczeniu na etaty: ………………………………..…
3. Nazwisko, imię oraz stanowisko służbowe osoby upoważnionej do podpisania umowy: .........................................................................................................................................................................
4. Nazwisko i imię osoby wskazanej do kontaktów: …………………………..……………….……………..……......
5. Numer telefonu ................................................................................................................................................
6. Adres poczty elektronicznej …………………………………………...................................................................

**KLAUZULA INFORMACYJNA RODO**

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 (Dz.U.UE.L.2016.119.1 z dnia 2016.05.04) zwanego dalej RODO oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.2019.1781 t.j), informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Jarosławiu, ul. Słowackiego 2,
37-500 Jarosław reprezentowany przez Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w Jarosławiu.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu i w zakresie niezbędnym do świadczenia usług urzędu na podstawie ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, związanych z realizowaniem Umowy o finansowanie z Krajowego Funduszu Szkoleniowego.
3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być:

- podmioty przetwarzające dane na podstawie art. 28 RODO,

- osoby, których dane dotyczą,

- podmioty uprawnione do ich uzyskania na podstawie przepisów prawa.

1. Pani/Pana dane osobowe nie będą przechowywane dłużej, niż jest to konieczne dla spełnienia celu, dla którego zostały zebrane i w czasie określonym przepisami prawa, (a w szczególności wynikających z art. 4 ust. 5e
(tj. 50 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym zakończono udzielanie pomocy) oraz zgodnie z Jednolitym Rzeczowym Wykazem Akt zatwierdzonym przez Archiwum Państwowe w Przemyślu.
2. W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo do:

- dostępu do treści swoich danych osobowych na podstawie art. 15 RODO,

- sprostowania danych, na podstawie art. 16 RODO,

- ograniczenia przetwarzania na podstawie art. 18 RODO,

- wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych na podstawie art. 77 RODO. Zgodnie z art. 17 ust. 3 lit. b RODO osobie, której dane dotyczą nie przysługuje prawo usunięcia danych. Zgodnie z art. 20 i 21 RODO osobie, której dane dotyczą nie przysługuje prawo do przenoszenia danych oraz sprzeciwu wobec przetwarzania danych.

1. Podanie danych jest wymogiem ustawowym określonym w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy i jest obowiązkowe pod rygorem odmowy świadczenia usług urzędu.
2. Pana/Pani dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany. Administrator danych nie będzie stosował profilowania wobec osoby, której dane dotyczą
3. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych w Powiatowym Urzędzie Pracy w Jarosławiu możliwy jest pod adresem email: iod@jaroslaw.praca.gov.pl lub pisemnie na adres siedziby Powiatowego Urzędu Pracy w Jarosławiu.

…………………………...…………………………………………………………….

(data i czytelny podpis pracodawcy lub osób uprawnionych do reprezentacji)

## DZIAŁANIA WSKAZANE PRZEZ PRACODAWCĘ W RAMACH WSPARCIA KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO

1. **Informacje o uczestnikach kształcenia ustawicznego według kategorii działań**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Działaniai formy kształcenia ustawicznego** | **Według poziomu wykształcenia** | **Liczba osób według grupy wieku, których wydatek dotyczy** |
| **15-24 lata** | **25-34 lata** | **35-44 lata** | **45 lat i więcej** |
| **pracodawca** | **pracownik** | **pracodawca** | **pracownik** | **pracodawca** | **pracownik** | **pracodawca** | **pracownik** |
| **K\*** | **M\*** | **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** | **K** | **M** |
| 1. | Kursy realizowanez inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą | Gimnazjalnei poniżej |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| zasadnicze zawodowe |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| średnie ogólnokształcące |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| policealne i średnie zawodowe |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| wyższe |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. | Studia podyplomowe realizowanez inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą | gimnazjalnei poniżej |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| zasadnicze zawodowe |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| średnie ogólnokształcące |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| policealne i średnie zawodowe |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| wyższe |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. | Inne wymienione w art. 69a ust. 2 pkt.1 lit. a, c, d, e.  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ogółem:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**\*K** - kobieta, **M** – mężczyzna.

1. **Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego, przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy oraz obowiązujących priorytetów wydatkowania środków KFS
z uwzględnieniem lokalnego rynku pracy:**

**Uczestnik nr** …………….

1. Wskazanie priorytetu (należy zaznaczyć **tylko jeden** właściwy priorytet)
* Priorytet 1: **Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w zawodach określonych jako deficytowe na danym terenie tj. w powiecie lub w województwie.**
* Priorytet 2: **Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w związku z zastosowaniem**

**w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy.**

* Priorytet 3: **Wsparcie kształcenia ustawicznego pracodawców i ich pracowników zgodnie z potrzebami szkoleniowymi, które pojawiły się na terenach dotkniętych przez powódź we wrześniu 2024 roku.**
* Priorytet 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.**
* Priorytet 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.**
* Priorytet 6: **Wsparcie cudzoziemców, w szczególności w zakresie zdobywania wiedzy na temat polskiego prawa pracy i integracji tych osób na rynku pracy.**
* Priorytet 7: **Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych.**
* Priorytet 8: **Rozwój umiejętności cyfrowych.**
* Priorytet 9: **Wsparcie rozwoju umiejętności związanych z transformacją energetyczną.**
1. Rodzaj umowy o pracę w dniu złożenia wniosku:
* czas określony (do kiedy?) ……………………………………………………………………..…….……
* czas nieokreślony
1. Wymiar czas pracy ………………………………………………………………………………………….………..
2. Wykonywany zawód wraz z podaniem kodu zawodu ………………………………………………………….…

(zgodnie z rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy)

1. Plany dotyczące dalszego zatrudnienia uczestnika kształcenia ustawicznego:
* nie
* tak (jakie?) …………………………………………………………………………………………………..
1. Kształcenie ustawiczne

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa kształcenia ustawicznego** | ………………………………………………………………………………... |
| **Nazwa i kod zawodu objętego kształceniem zgodnie z Barometrem zawodów 2025 w powiecie jarosławskim lub województwie podkarpackim** | ……………………………………... | ……………………………………... |
| (nazwa zawodu) | (kod zawodu) |
| **Lokalizacja ww. zawodu w Barometrze zawodów 2025** | * deficyt
 | * równowaga
 | * nadwyżka
 |
| (należy zaznaczyć odpowiednią rubrykę) |
| **Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego, o którym mowa powyżej** (należy tu wykazać zgodność kompetencji nabywanych przez uczestników kształcenia ustawicznego z potrzebami lokalnego lub regionalnego rynku pracy przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy oraz obowiązujących priorytetów wydatkowania środków KFS) |
|  |

**Zgodnie z art. 69 b. 1 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy koszt wszystkich zaplanowanych szkoleń w roku 2025 dla ww. uczestnika nie przekracza 300% przeciętnego wynagrodzenia na osobę obowiązującego w dniu złożenia wniosku.**

1. **Określenie form kształcenia ustawicznego, całkowitej wysokości wydatków na działania,
o których mowa w art. 69a ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia
i instytucjach rynku pracy, wnioskowana wysokość środków z KFS oraz wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę:**

|  |
| --- |
| **Forma kształcenia ustawicznego:**(należy zaznaczyć właściwą formę) |
| * kursy i studia podyplomowe realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą
* określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego w związku z ubieganiem się sfinansowanie tego kształcenia ze środków KFS,
* egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych,
* badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu,
* ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem
 |
| **Nazwa formy kształcenia ustawicznego** |  |
| **Termin realizacji** |  |
| **Przewidywany termin płatności za usługę kształcenia ustawicznego** |  |
| **Liczba osób** |  |
| **Liczba godzin kursu na osobę**(nie dotyczy studiów podyplomowych) |  |
| **Całkowity koszt formy kształcenia ustawicznego na jednego uczestnika**(łącznie z wkładem własnym) |  |
| **Całkowity koszt formy kształcenia ustawicznego na wszystkich uczestników**(łącznie z wkładem własnym) |  |
| **Wnioskowana wysokość środków z KFS** |  |
| **Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę** |  |

**UWAGA**

Zgodnie z art. 69a ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy działaniami możliwymi do sfinansowania ze środków KFS jest kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy, **bez możliwości sfinansowania kosztów związanych z przejazdem, zakwaterowaniem i wyżywieniem!**

Wkład własny:

**Nie należy przy wyliczaniu wkładu własnego pracodawcy** uwzględniać innych kosztów, które pracodawca ponosi
w związku z udziałem pracowników w kształceniu ustawicznym, np. wynagrodzenia za godziny nieobecności w pracy
w związku z uczestnictwem w zajęciach, kosztów delegacji w przypadku konieczności dojazdu do miejscowości innej niż miejsce pracy itp.

Wysokość wsparcia:

**- 100% kosztów kształcenia ustawicznego** – w przypadku mikroprzedsiębiorstw, nie więcej jednak niż do wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika.

- **80% kosztów kształcenia ustawicznego –** w przypadku pozostałych pracodawców, nie więcej jednak niż do wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika, pracodawca pokryje 20% kosztów.

1. **WYBÓR REALIZATORA USŁUGI KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO FINANSOWANEGOZE ŚRODKÓW KFS:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Oferta I**(wybrana przez pracodawcę) | **Oferta II**(konkurencyjna) |
| Nazwa formy kształcenia ustawicznego | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Nazwa i siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| NIP realizatora usługi kształcenia ustawicznego | ………………………………………………… | ………………………………………………… |
| REGON realizatora usługi kształcenia ustawicznego | ………………………………………………… | ………………………………………………… |
| Miejsce realizacji kształcenia ustawicznego | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Liczba godzin kształcenia ustawicznego  | ………………................................… godzin | ………………................................… godzin |
| Termin realizacji kształcenia ustawicznego | ………………………………………………… | ………………………………………………… |
| Posiadane przez realizatora usługi certyfikaty jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego | * TAK
 | * NIE
 | * TAK
 | * NIE
 |
| *Jeśli tak, proszę podać nazwę certyfikatu oraz dołączyć do wniosku jego kserokopię*………………………………………………… | *Jeśli tak, proszę podać nazwę certyfikatu:*………………………………………………… |
| Cena usługi kształcenia ustawicznego na jednego uczestnika  | Netto: ……….……………………… zł  | Netto: ……….……………………… zł |
| Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego finansowanej ze środków KFS |  |

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

1. **Oświadczenie podmiotu czy jest beneficjentem pomocy publicznej***(Załącznik nr 1)*
2. **Oświadczenie o pomocy de minimis, w zakresie o którym mowa w art. 37 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej** *(Załącznik nr 2)*
3. **Oświadczenie pracodawcy** *(Załącznik nr 3)*
4. **Informacje określone w przepisach wydanych na podstawie art. 37 ust. 2a ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej; Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis** *(Załącznik nr 4)*
5. **Program kształcenia lub zakres egzaminu** *(Załącznik nr 5)*
6. **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 6)*
7. **Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawianego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących** *(Załącznik nr 7)*
8. **Kserokopie dokumentów potwierdzających upoważnienie do reprezentacji i podpisania umowy osoby wskazanej we wniosku, np. powołanie, mianowanie, pełnomocnictwo** *(Załącznik nr 9)*
9. **Kserokopie umów spółek, które nie podlegają wpisowi do KRS - jeśli sfinansowanie kształcenia ustawicznego dotyczy wnioskodawcy** *(Załącznik nr 8)*
10. Inne wymagane załączniki:
11. ………………………………………………………………………………………………………………………………..….
12. ………………………………………………………………………………………………………………………………..…..

**Kserokopie przedkładanych dokumentów powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem.**

**UWAGA**

1. Wnioski złożone w terminie naboru rozpatruje się wraz załącznikami.
2. W przypadku gdy złożony wniosek jest niekompletny lub wniosek zawiera więcej niż jedną formę kształcenia ustawicznego, Starosta wyznacza pracodawcy termin nie krótszy niż 7 dni i nie dłuższy niż 14 dni do jego poprawienia. W przypadku niepoprawienia wniosku we wskazanym terminie pozostaje on bez rozpatrzenia.
3. Wniosek pozostawia się bez rozpatrzenia – o czym informuje się pracodawcę pisemnie – w przypadku nie dołączenia do wniosku załączników nr: 2, 5, 6, 7, 8 lub 9.
4. Dopuszcza się negocjacje treści wniosku, w celu ustalenia ceny usług kształcenia ustawicznego, liczby osób objętych kształceniem ustawicznym, realizatora usługi, programu kształcenia ustawicznego lub zakresu egzaminu, z uwzględnieniem zasady zapewnienia najwyższej jakości usługi oraz zachowania racjonalnego wydatkowania środków publicznych.
5. Odmowa przyznania środków nie podlega odwołaniu.

…………………………...…………………………………………………………….

(data i czytelny podpis pracodawcy lub osób uprawnionych do reprezentacji)

***Załącznik nr 1***

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

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

(pełna nazwa pracodawcy)

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

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

(adres)

**□** jestem\* □ nie jestem

beneficjentem pomocy de minimis udzielanej na warunkach określonych w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 roku 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) lub w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 2023/2832 z dnia 13 grudnia 2023 roku w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis przyznawanej przedsiębiorstwo wykonującym usługi świadczone w ogólnym interesie gospodarczym (Dz. Urz. UE L 2023/2832 z 15.12.2023) lub w rozporządzenie Komisji (UE) 2022/2473 z dnia 14 grudnia 2022 roku uznającego niektóre kategorie pomocy udzielanej przedsiębiorstwom prowadzącym działalność w zakresie produkcji, przetwórstwa i wprowadzania do obrotu produktów rybołówstwa i akwakultury za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (Dz.U. L 327 z 21.12.2022)

Uwaga! W przypadku oświadczenia, iż dany **podmiot jest beneficjentem pomocy de minimis** – należy wypełnić Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis oraz oświadczenie o pomocy de minimis w zakresie
o którym mowa w art. 37 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej
(j.t. Dz.U.2023.702)

**\* jeżeli zaznaczono „jestem”, wymagane dodatkowo:**

1. **Oświadczenie** – załącznik nr 2 do wniosku,
2. **Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis –** załącznik nr 5 do wniosku.

………………………………………………………………………………………….

(data i czytelny podpis pracodawcy lub osób uprawnionych do reprezentacji)

 ***Załącznik nr 2***jeżeli pracodawca określi, że jest beneficjentem pomocy publicznej

**OŚWIADCZENIE**

Ja ………………………………………………………………………………………...……………………………………

(imię, nazwisko i stanowisko osoby reprezentującej pracodawcę)

reprezentujący …………………………………………………….……………………………………..……………..……

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

(nazwa i siedziba pracodawcy)

1. Oświadczam, że w okresie 3 minionych lat (3 x 365 dni od daty podpisania oświadczenia)
**otrzymałem** / **nie otrzymałem\*** pomoc/y de minimis w następującej wysokości:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Organ udzielający****pomocy** | **Dzień udzielenia pomocy** | **Nr decyzji lub umowy** | **Wartość pomocy brutto** |
| **PLN** | **EUR** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Razem *pomoc de minimis:*** |  |  |

1. Oświadczam, że **nie otrzymałem / otrzymałem\*** pomocyze środków publicznych, w tym ze środków budżetu Unii Europejskiej, udzielonej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowanych, na pokrycie, których ma być przeznaczona pomoc de minimis.

………………………………………………………………………………………….

(data i czytelny podpis pracodawcy lub osób uprawnionych do reprezentacji)

\* niewłaściwe skreślić

***Załącznik nr 3***

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

1. **PROWADZĘ / NIE PROWADZĘ\*** działalności gospodarczej w rozumieniu regulacji prawa unijnego.
2. **Nie jestem** zobowiązany(a) do zwrotu wcześniej uzyskanej pomocy publicznej wynikającego z decyzji Komisji Europejskiej uznającej pomoc za niezgodną z prawem oraz wspólnym rynkiem.
3. **Nie toczy** się w stosunku do mojej firmy postępowanie upadłościowe i nie został zgłoszony wniosek
o likwidację.
4. Pracownicy przewidziani do objęcia kształceniem ustawicznym **są** zatrudnieni na podstawie umowy
o pracę/powołania/wyboru/mianowania/spółdzielczej umowy o pracę a okres ich zatrudnienia jest dłuższy niż czas trwania kształcenia ustawicznego.
5. Pracodawca/pracownicy wskazani w niniejszym wniosku **nie przebywają** na urlopach macierzyńskich, rodzicielskich, wychowawczych, bezpłatnych oraz nie są to osoby współpracujące.
6. **Nie ubiegam**się o środki na kształcenie pracodawcy / pracowników objętych niniejszym wnioskiem w innym powiatowym urzędzie pracy.
7. Z realizatorem kształcenia ustawicznego **nie jestem** powiązany osobowo lub kapitałowo.
8. Dokonałem(am) rozeznania rynku usług w zakresie przedstawionym w części III wniosku. Racjonalność oraz gospodarność wydatkowania środków KFS potwierdzam dostępnymi ofertami (opisanymi w tabeli), które zobowiązuję się przedstawiać na każde żądanie Powiatowego Urzędu Pracy, aż do końca okresu obowiązywania umowy o dofinansowanie kształcenia ustawicznego.
9. Zobowiązuję się dozawarcia z pracownikami, których kształcenie ustawiczne finansowane będzie ze środków KFS umowy, o której mowa w art. 69b ust. 3 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
10. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Urzędu jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Powiatowym Urzędem Pracy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany
w dniu złożenia wniosku.
11. **Zapoznałem się z „Zasadami przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (KFS)
w Powiatowym Urzędzie Pracy w Jarosławiu w roku 2025”.**
12. Środki przeznaczone na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy nie przekraczają 300% przeciętnego wynagrodzenia na jednego uczestnika w ciągu danego roku.
13. Dane zawarte we wniosku oraz załącznikach są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym
i zostały sporządzone zgodnie z „Zasadami przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (KFS) w Powiatowym Urzędzie Pracy w Jarosławiu w roku 2025”.

………………………………………………………………………………………….

(data i czytelny podpis pracodawcy lub osób uprawnionych do reprezentacji)

\* niewłaściwe skreślić