|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\rgorzelak.PUPLEG\Desktop\znak_UP_rgb_70px.png | STAROSTA LEGIONOWSKIza pośrednictwemDYREKTORAPOWIATOWEGO URZĘDU PRACY W LEGIONOWIE | 05-119 Legionowo, ul. gen. Władysława Sikorskiego 11[www.legionowo.praca.gov.pl](http://www.legionowo.praca.gov.pl)**Kontakt: pok. 302**tel. 22 764 03 38, fax. 22 774 22 88e-PUAP: /PUP\_Legionowo/SkrytkaESPe-Doręczenia: AE:PL-69818-34159-AIBTJ-16e-mail: szkolenia@puplegionowo.pl |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |

|  |
| --- |
| Adnotacja Urzędu PracyNr wniosku: CAZ.RP.552………………2025 |

 |
|  |

**Wniosek o skierowanie na szkolenie indywidualne**

Podstawa prawna: art. 40 ust. 3 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2025 r. poz. 214).

|  |
| --- |
| 1. **DANE WNIOSKODAWCY**
 |
| imię i nazwisko |  | PESEL**\*** |  |
| tel. kontaktowy |  | e-mail |  |
| data rejestracji w PUP |  |

|  |
| --- |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** |
| ulica |  | nr |  | lok. |  |
| miejscowość |  | kod pocztowy |  |

|  |
| --- |
| **POSIADANE KWALIFIKACJE**  |
| wykształcenie (poziom) |  | rok ukończenia |  | kierunek/specjalizacja |  |
| zawód wyuczony |  | zawód wykonywany |  |
| posiadane uprawnienia |  |
| dodatkowe umiejętności |  |

|  |
| --- |
| **PRZEBIEG PRACY ZAWODOWEJ** *(podać trzy ostatnie miejsca pracy, okres zatrudnienia, zajmowane stanowisko)* |
| **MIEJSCE PRACY** | **OKRES ZATRUDNIENIA** | **STANOWISKO** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy korzystał(a) Pan(i) ze szkolenia finansowanego przez Urząd Pracy?(właściwe zaznaczyć X) | TAK **🖵** | NIE **🖵** |
| Jeżeli tak, podać rok i nazwę szkolenia |  |

**\*** w przypadku cudzoziemca numer dokumentu stwierdzającego tożsamość

|  |
| --- |
| 1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE WNIOSKOWANEGO SZKOLENIA**
 |
| **Nazwa szkolenia:** |  |

|  |
| --- |
| **Nazwa instytucji szkoleniowej:** |
|  |

|  |
| --- |
| **Uzasadnienie wyboru instytucji szkoleniowej:** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **UZASADNIENIE CELOWOŚCI ODBYCIA SZKOLENIA**

(**uzasadnienie własne -** należy wykazać czy istnieje konieczność uzyskania, zmiany, podwyższenia kwalifikacji zawodowych, lub czy wskutek utraty zdolności do wykonywania pracy w dotychczas wykonywanym zawodzie konieczne jest przekwalifikowanie zawodowe. Należy wskazać aktualne oferty pracy w zawodzie zgodnym z kierunkiem szkolenia oraz szanse na podjęcie zatrudnienia - *w razie konieczności uzasadnienie przedstawić na dodatkowej kartce.* |
| ...……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **W ramach uzasadnienia celowości szkolenia załączam do wniosku (właściwe zaznaczyć X):** |
| Oświadczenie pracodawcy o zamiarze zatrudnienia osoby uprawnionej po ukończeniu szkolenia(**formularz A**) | **🖵** |
| Oświadczenie osoby bezrobotnej o zamiarze rozpoczęcia działalności gospodarczej po ukończeniu szkolenia (**formularz B**) | **🖵** |

|  |
| --- |
| 1. **OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**
 |

1. **W Powiatowym Urzędzie Pracy w Legionowie posiadam status** (proszę właściwe zaznaczyć)**:**

🗌 **A - osoby bezrobotnej**

🗌 **B -** **osoby poszukującej pracy** (proszę właściwe zaznaczyć):

* jestem w okresie wypowiedzenia stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn dotyczących zakładu pracy,
* jestem zatrudniony/-a u pracodawcy, wobec którego ogłoszono upadłość lub który jest w stanie likwidacji, z wyłączeniem likwidacji w celu prywatyzacji,
* otrzymuję świadczenie socjalne przysługujące na urlopie górniczym lub górniczy zasiłek socjalny, określone w odrębnych przepisach,
* uczestniczę w indywidualnym programie integracji bądź w zajęciach w Centrum Integracji Społecznej,
* jestem żołnierzem rezerwy,
* pobieram rentę szkoleniową,
* pobieram świadczenie szkoleniowe,
* podlegam ubezpieczeniu społecznemu rolników w pełnym zakresie na podstawie przepisów
o ubezpieczeniu społecznym rolników, jako domownik lub małżonek rolnika, oraz zamierzam podjąć zatrudnienie, inną pracę zarobkową lub działalność gospodarczą poza rolnictwem,
* jestem cudzoziemcem, o którym mowa w art. 1 ust. 3 pkt 2 lit. h- hb, k oraz m z zastrzeżeniem art. 1
ust. 6 i 7 ustawy,
* jestem opiekunem osoby niepełnosprawnej - niepozostającym w zatrudnieniu lub niewykonującym innej pracy zarobkowej, nie pobierającym świadczenia pielęgnacyjnego lub specjalnego zasiłku opiekuńczego na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, lub zasiłku dla opiekuna na podstawie przepisów
o ustaleniu i wypłacie zasiłków dla opiekunów.

🗌 **C -** **pracownika lub osoby wykonującej inną pracę zarobkową lub działalność gospodarczą**, w wieku 45 lat
i powyżej, zainteresowaną pomocą w rozwoju zawodowym, po zarejestrowaniu się w Powiatowym Urzędzie Pracy w Legionowie jako poszukująca pracy.

***Zaznaczenie wybranego punktu wymaga dołączenia do wniosku dokumentu (np. w formie zaświadczenia) potwierdzającego wskazane okoliczności*.**

1. **Świadomy odpowiedzialności za składanie niezgodnych z prawdą oświadczeń, zaświadczeń i informacji oświadczam, że:**
2. Wszystkie dane i informacje zawarte w powyższym Wniosku są zgodne z prawdą.
3. Poinformowano mnie, że zgodnie z ustawą [z dnia 20 kwietnia 2004 r.](http://www.up.warszawa.pl/prawo/ustawa_promocja2.pdf) o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy osoba, która bez uzasadnionej przyczyny odmówi przyjęcia propozycji szkolenia lub z własnej winy przerwie je bądź po skierowaniu nie podejmie szkolenia, traci status osoby bezrobotnej na okres 120 dni
w przypadku pierwszej odmowy, 180 dni w przypadku drugiej odmowy, 270 dni w przypadku trzeciej i każdej kolejnej odmowy, chyba, że powodem odmowy niepodjęcia po skierowaniu lub przerwania z własnej winy szkolenia było podjęcie zatrudnienia innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej.
4. Dobrowolnie wybrałem/łam instytucję szkoleniową i znany jest mi program szkolenia.
5. W przypadku kosztu szkolenia przekraczającego 300% przeciętnego wynagrodzenia różnicę sfinansuję
z własnych środków i rozliczę bezpośrednio z instytucją szkoleniową.
6. W przypadku szkolenia poza miejscem zamieszkania sfinansuję koszty przejazdu, wyżywienia i zakwaterowania na szkoleniu.
7. Zostałem/am poinformowany/a, że po sprawdzeniu poprawności złożonych dokumentów, analizie wniosku oraz weryfikacji stanu środków finansowych przeznaczonych na szkolenia w trybie indywidualnym, Urząd Pracy poinformuje mnie pisemnie w ciągu 30 dni od złożenia wniosku o wyniku jego rozpatrzenia.
8. Zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku podjęcia przeze mnie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej w trakcie trwania szkolenia, mam prawo do ukończenia tego szkolenia bez konieczności ponoszenia jego kosztów.
9. Zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku nie ukończenia szkolenia z własnej winy zobowiązuję się do zwrotu kosztów szkolenia z wyjątkiem sytuacji, gdy powodem nieukończenia szkolenia było podjęcie zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej.
10. Zostałem/am poinformowany/a, że utrata przeze mnie statusu osoby bezrobotnej lub statusu osoby poszukującej pracy przed lub w dniu rozpoczęcia szkolenia jest równoznaczna z brakiem możliwości sfinansowania jego kosztów przez Urząd Pracy.
11. Zostałem/am poinformowany/a, że koszty szkolenia podlegają zwrotowi w przypadku, gdy skierowanie na szkolenie nastąpiło na podstawie nieprawdziwych oświadczeń lub sfałszowanych dokumentów albo w innych przypadkach świadomego wprowadzenia w błąd Urzędu Pracy przez osobę skierowaną na szkolenie (zgodnie
z art. 76 ust. 2 pkt. 4 ustawy). W sytuacji gdy Urząd Pracy poniósł koszty szkolenia, koszty egzaminu, koszty badań, a utrata statusu osoby bezrobotnej lub statusu osoby poszukującej pracy nastąpi z datą wcześniejszą niż data rozpoczęcia szkolenia, odbycia badań lub egzaminu zobowiązany/a jestem do zwrotu poniesionych kosztów.
12. Zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku podjęcia zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej, zobowiązany/a jestem zawiadomić Urząd Pracy o tym fakcie. W tym celu w terminie 7 dni od dnia podjęcia pracy lub działalności gospodarczej należy przedłożyć w Urzędzie Pracy dokument potwierdzający podjęcie pracy lub działalności gospodarczej.
13. Zostałem/am poinformowany/a, że utrata statusu osoby bezrobotnej z powodu przerwania szkolenia z własnej winy stanowi podstawę do wszczęcia postępowania w sprawie zwrotu nienależnie pobranego świadczenia.
14. Mam świadomość, że w przypadku wnioskodawców, którzy mają zawieszoną działalność gospodarczą finansowanie kosztów szkolenia, stanowi pomoc de minimis, o której mowa we właściwych przepisach prawa Unii Europejskiej i jest udzielane zgodnie z ich zapisami.
15. Wskazałem/am instytucję szkoleniową, z którą zostanie zawarta umowa w sprawie sfinansowania szkolenia indywidualnego. W związku z powyższym zostałem poinformowany/a o udostępnieniu moich danych osobowych instytucji szkoleniowej dla celów realizacji tej umowy, w zakresie: imię i nazwisko, PESEL, adres zamieszkania.
16. Właściwe zaznaczyć:

**🖵 Nie uczestniczyłem/łam w szkoleniu/szkoleniach finansowanym ze środków Funduszu Pracy** na podstawie skierowania z powiatowego urzędu pracy **w okresie ostatnich 3 lat**;

**🖵 Uczestniczyłem/-łam w szkoleniu/szkoleniach finansowanym ze środków Funduszu Pracy** na podstawie skierowania z powiatowego urzędu pracy **w okresie ostatnich 3 lat, a łączny koszt szkolenia/szkoleń w tym okresie nie przekroczył dziesięciokrotności minimalnego wynagrodzenia za pracę** tj. kwoty 46 660,00 zł;

– nazwa urzędu pracy ……………………………….…………………………………………….… i koszt szkolenia ……………………… zł.

1. Zapoznałem/am się z *Zasadami finansowania szkoleń w trybie indywidualnym obowiązującymi w Powiatowym Urzędzie Pracy w Legionowie.*

**Miejscowość i data: Czytelny podpis Wnioskodawcy:**

**……………………………………………………………….... ………………….………….………………………………………………**

|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:** |

1. **Program szkolenia** (Załącznik nr 1) – wypełniony i podpisany przez wykonawcę szkolenia w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach.
2. **Kalkulacja kosztów szkolenia** finansowanego ze środków publicznych (Załącznik nr 2) – wypełniona i podpisana przez wykonawcę szkolenia w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach.
3. **Oświadczenie wykonawcy o formie egzaminu** wymaganego do uzyskania kwalifikacji oraz dokumencie potwierdzającym zdobycie kwalifikacji (Załącznik nr 3) – wypełnione i podpisane przez wykonawcę szkolenia
w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach.
4. **Wzór zaświadczenia** (Załącznik nr 4) - przekazany przez wykonawcę szkolenia w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach.
5. **Oświadczenie dotyczące wykluczenia wykonawcy** (Załącznik nr 5) – wypełnione i podpisane przez wykonawcę szkolenia w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach.
6. **Oświadczenie pracodawcy** o zamiarze zatrudnienia osoby uprawnionej po ukończeniu szkolenia (formularz A) – wypełnia potencjalny pracodawca deklarujący powierzenie pracy osobie zarejestrowanej w PUP po szkoleniu.
7. **Oświadczenie wnioskodawcy** o zamiarze rozpoczęcia/wznowienia działalności gospodarczej po ukończeniu szkolenia (formularz B) – wypełnia wnioskodawca (osoba zarejestrowana w PUP).
8. **W przypadku wnioskodawcy o szkolenie indywidualne, który ma zawieszoną działalność gospodarczą** – należy przedłożyć informacje przedstawiane przy ubieganiu się o pomoc de minimis, tj.:
9. **Oświadczenie** dotyczące podleganiu przepisom pomocy publicznej (Załącznik nr 6),
10. **Oświadczenie** o otrzymanej pomocy de minimis(Załącznik nr 7),
11. **Formularz informacji** przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis**, odpowiedni wg poniższych założeń:**
	* + **dla wnioskodawców prowadzących działalność poza sektorem rolnictwa i rybołówstwa** - Formularz informacjiprzedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis (***załącznik nr 1 do rozporządzenia* *Rady Ministrów z dnia 30 lipca 2024 r.*** *(Dz. U. poz. 1286);*
		+ **dla wnioskodawców prowadzących działalność w sektorze rolnictwa lub rybołówstwa** - Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie *(****załącznik do rozporządzenia* *Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r.*** *(Dz. U. z 2016 r., poz. 238).*

W przypadku, gdyby wnioskodawca otrzymał pomoc od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy z Urzędem Pracy, dodatkowo zobowiązany jest do złożenia dodatkowych oświadczeń
i formularza, o których mowa w pkt 8 ppkt b) i c).

|  |
| --- |
| **UWAGA:**1. **Wniosek o sfinansowanie kosztów szkolenia indywidualnego** **zostanie rozpatrzony w terminie 30 dni od daty złożenia.**
2. **O wyniku rozpatrzenia wniosku Urząd poinformuje drogą pisemną.**
3. **Wniosek należy wypełnić w sposób czytelny, wpisując treść w każdym do tego wyznaczonym miejscu. Nie należy modyfikować i usuwać elementów wniosku. Ewentualne dodatkowe informacje należy sporządzić jako załączniki.**
4. **Przy ustalaniu terminu rozpoczęcia szkolenia należy brać pod uwagę termin rozpatrzenia wniosku.**
5. **Szkolenia rozpoczęte przed złożeniem wniosku nie będą finansowane.**
 |

**Załącznik nr 1**

**- WYPEŁNIA INSTYTUCJA SZKOLENIOWA-**

**PROGRAM SZKOLENIA**

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

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

*(nazwa szkolenia)*

dla …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………

 *(imię i nazwisko uczestnika szkolenia)*

1. **DANE DOTYCZĄCE INSTYTUCJI SZKOLENIOWEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Nazwa instytucji szkoleniowej:**
 |  |
| 1. Numer wpisu do **Rejestru Instytucji Szkoleniowych (RIS):**
 |  |
| 1. **Wpis do RIS-u** (wpisać nazwę wojewódzkiego urzędu pracy)
 | Wojewódzki Urząd Pracy w …………………..……………………….……… |
| 1. **Dane osoby upoważnionej do reprezentowania firmy:**
 | imię i nazwisko: |
| stanowisko: |
| 1. **Dane osoby upoważnionej do kontaktu z Urzędem:**
 | imię i nazwisko: |
| telefon: |
| e- mail: |

1. **DANE DOTYCZĄCE SZKOLENIA**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Tryb nauczania\*:**
 | □ **indywidualny** (uczestnik + wykładowca)□ **grupowy** (wielu uczestników, w tym skierowany przez Powiatowy Urząd Pracy + wykładowca) |
| 1. **Forma nauczania\*:**
 | □ **stacjonarna** □ **on-line** □ **e-lerning** □ **inna** (jaka) ………………… |
| 1. **Planowany termin realizacji szkolenia:**
 | **od** **dnia** …………………..………………r. **do** **dnia** …………………..………………r. |
| 1. **Miejsce odbywania szkolenia (adres):**
 |  |
| 1. **Całkowita liczba godzin zegarowych szkolenia**\***:**
 |  | - w tym zajęć teoretycznych |  |
| - w tym zajęć praktycznych |  |
| 1. **Czas realizacji zajęć w godzinach:**
 | **od** **godz.** …………………..……………… **do** **godz.** …………………..……………… |
| 1. **Liczba godzin szkolenia przypadająca na dany miesiąc szkolenia:**
 | I-…..…h; II-…..…h; III-..……h; IV-…..…h; V-..……h; VI-…..…h;VII-…..…h; VIII-…..…h; IX-…..…h; X-…..…h; XI-…..…h; XII-…..…h |

|  |
| --- |
| 1. **Wymagane badania\*:**
 |
| □ **NIE** □ **TAK** *(podać jakie - specyfika badań/nazwa) ……………………………………………………………………………………………* **które należy wykonać\*:** □ przed rozpoczęciem szkolenia □ po zakończeniu szkolenia |

|  |
| --- |
| 1. **Przewidziane sprawdziany / egzaminy wliczone w koszt szkolenia\*:**
 |
| □ **wewnętrzny** - **planowana data przeprowadzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_r***.* (*w przypadku szkoleń na prawo jazdy egzamin wewnętrzny nie wlicza się w liczbę godzin zegarowych szkolenia,* *natomiast musi być wpisany w Plan nauczania i ujęty w zaświadczeniu potwierdzającym ukończenie szkolenia)*□ **zewnętrzny - planowana data przeprowadzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_r***.*□ **inny** – *podać jaki* …………………………………………………… - **planowana data przeprowadzenia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_r***.* |

|  |
| --- |
| 1. **Rodzaj dokumentów potwierdzających ukończenie szkolenia i uzyskanie kwalifikacji\*:**
 |
|  □ **zaświadczenie MEN**(wzór dokumentu musi być zgodny z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 6 października 2023 r. w sprawie kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 2175, Dz. U. z 2024 r. poz. 1854);**□ dokument według wzoru instytucji szkoleniowej**(wzór zaświadczenia lub innego dokumentu potwierdzającego ukończenie i uzyskanie umiejętności lub kwalifikacji,o ile przepisy odrębne nie stanowią inaczej zawiera: numer z rejestru, imię i nazwisko oraz numer PESEL uczestnika szkolenia (w przypadku cudzoziemca numer dokumentu stwierdzającego tożsamość), nazwę instytucji szkoleniowej, formę i nazwę szkolenia, okres trwania szkolenia, miejsce i datę wydania zaświadczenia lub innego dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia i uzyskanie umiejętności lub kwalifikacji, tematy i wymiar godzin zajęć edukacyjnych, podpis osoby upoważnionej przez instytucję szkoleniową przeprowadzającą szkolenie);□ **uprawnienia określone odrębnymi przepisami** *(jakimi)*: ………………..………………………………………….………………….…… ………………………………………………..…………………………………………….…………………………………..……………………………………..… …………………………………………..……………………………………………….……………………………………..………………………………..………**UWAGA: Do programu szkolenia należy dołączyć wzór zaświadczenia lub innego dokumentu potwierdzającego ukończenie i uzyskanie umiejętności lub kwalifikacji, jeśli jest inny niż w załączniku nr 4 do wniosku.** |

|  |
| --- |
| 1. **Wymagania wstępne dla uczestnika szkolenia:**
 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Celem szkolenia jest:**
 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Wykaz kadry szkoleniowej:**
 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Wykaz literatury oraz niezbędnych środków i materiałów szkoleniowych:**
 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Instytucja szkoleniowa po zakończeniu szkolenia udziela pomocy w uzyskaniu zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej?\***
 |
| □ **NIE** □ **TAK** (forma udzielanej pomocy) ……………………………………………………………………………………………………………….. |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Instytucja szkoleniowa umożliwia bezpłatne zajęcia wyrównawcze?\***
 | □ **TAK** □ **NIE** |

|  |
| --- |
| 1. **Instytucja szkoleniowa posiada certyfikat jakości usług\*:** (wśród certyfikatów przedstawianych przez instytucję szkoleniową mogą się znaleźć takie certyfikaty jak: akredytacja kuratora oświaty, certyfikat systemu zarządzania jakością kształcenia/ szkolenia, wydany na podstawie międzynarodowych norm ISO, standard HACCP, certyfikat dla szkół językowych PASE lub inny znak jakości lub dokument)
 |
|  □ **NIE** □ **TAK** *(podać nazwę certyfikatu, znaku jakości/dokumentu)* …………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| 1. **Inne informacje dotyczące instytucji szkoleniowej związane z prowadzeniem szkoleń** *(jeśli dotyczą)*:
 |
|  |

1. **PLAN NAUCZANIA:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dzień szkolenia**(dd-mm-rrrr) | **Godziny szkolenia**(od… do…) | **Liczba godzin zegarowych**  | **Zakres merytoryczny / zagadnienia omawiane w danym dniu szkolenia, ze wskazaniem na jego formę (wykład/warsztat) \*\*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\* właściwe zaznaczyć

\*\* egzamin/egzaminy, które są wliczone w liczbę godzin zegarowych szkolenia należy ująć w Planie nauczania

 **Wykonawca**

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

(data, pieczęć firmowa i/lub imienna oraz podpis osób/y upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Załącznik nr 2**

**- WYPEŁNIA INSTYTUCJA SZKOLENIOWA-**

**KALKULACJA KOSZTÓW SZKOLENIA FINANSOWANEGO ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH 1)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Liczba dni szkolenia:** |  | **Liczba godzin zegarowych szkolenia****(ogółem łącznie z przerwami):** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Elementy wchodzące w koszt szkolenia**w przeliczeniu na JEDNEGO UCZESTNIKA | **Kwota w zł**(bez podatku VAT) 1) |
| **1.** | **Koszty przeprowadzenia zajęć szkoleniowych** |  |
| **2.** | **Koszty egzaminów2)** (umożliwiających uzyskanie świadectw, dyplomów, zaświadczeń, określonych uprawnień zawodowych lub tytułów zawodowych oraz koszty licencji niezbędnych do wykonywania danego zawodu): | 🞎 **wewnętrzny\***  |  |
| 🞎 **zewnętrzny\*** |  |
| **3.** | **Koszty badań wymaganych w przepisach odrębnych3)** – *(jeśli dotyczy)*🞎 lekarskich - …………… zł\*🞎 sanitarno-epidemiologiczne - …………… zł\*🞎 psychologicznych/ psychotechnicznych - …………… zł\*🞎 inne (wymienić jakie) ........................................................................................ - …………… zł\* | Suma kosztów badań: |
| **CAŁKOWITY KOSZT SZKOLENIA NA JEDNEGO UCZESTNIKA:**(suma wierszy 1+2+3) |  |

**\*zaznaczyć właściwe**

|  |  |
| --- | --- |
| **4. Informacja o kosztach ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW) 3)** (**uzupełnienie informacji jest obligatoryjne**) | **Kwota w zł** |
| Koszt ubezpieczenia NNW uczestnika **za jeden dzień szkolenia** |  |

**UWAGA: Ceny podane w kalkulacji kosztów są niezmienne w okresie obowiązywania umowy.**

**Wykonawca**

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

(data, pieczęć firmowa i/lub imienna oraz podpis osób/y upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. zgodnie z art. 43 ust. 1 pkt 29 lit. c ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2024 r. poz. 361 z późn. zm.) zwalnia się od podatku usługi kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania zawodowego finansowane ze środków publicznych
2. egzamin/egzaminy, które są wliczone w liczbę godzin zegarowych szkolenia należy ująć w Planie nauczania.
3. ubezpieczenie NNW dotyczy uczestnika szkolenia, któremu nie przysługuje stypendium, lub któremu przysługuje stypendium z tytułu podjęcia zatrudnienia, innej pracy zarobkowej lub działalności gospodarczej w trakcie trwania szkolenia

**Załącznik nr 3**

**- WYPEŁNIA INSTYTUCJA SZKOLENIOWA-**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O FORMIE EGZAMINU WYMAGANEGO DO UZYSKANIA KWALIFIKACJI**

**ORAZ DOKUMENCIE POTWIERDZAJĄCYM ZDOBYCIE KWALIFIKACJI**

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ I.** |

Jako Wykonawca usługi oświadczam, że szkolenie **kończy się / nie kończy się \*** **egzaminem zewnętrznym.**

 **Wykonawca**

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

(data, pieczęć firmowa i/lub imienna oraz podpis osób/y upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Jeżeli szkolenie KOŃCZY SIĘ egzaminem zewnętrznym należy wypełnić CZĘŚĆ II. Oświadczenia.**

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ II.** |

Jako Wykonawca usługi oświadczam, że:

1. Po zakończeniu szkolenia skierowana osoba przystąpi do egzaminu zewnętrznego pn.:
	1. …………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………
	2. ………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………
	3. ………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………
2. Koszt egzaminu/egzaminów w kwocie ………………………… zł **został / nie został** \* ujęty w Kalkulacji kosztów szkolenia (załącznik nr 2).
3. Egzamin **został / nie został** \* wliczony w liczbę godzin zegarowych szkolenia ujętych w Programie szkolenia (załącznik nr 1).
4. Egzamin zostanie przeprowadzony przez *(pełna nazwa podmiotu egzaminującego)*:
	1. …………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………
	2. …………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………
	3. ……………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………
5. Podmiot egzaminujący przeprowadza egzamin w oparciu o uprawnienia do egzaminowania w zakresie zgodnym z realizowanym szkoleniem.
6. Osoby przeprowadzające egzamin **uczestniczą / nie uczestniczą \*** w prowadzeniu szkolenia.
7. Uprawnienia **do egzaminowania** podmiot uzyskał na podstawie

*(należy wskazać podstawę prawną oraz podmiot nadający uprawnienia do egzaminowania)*

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

1. W wyniku pozytywnie zdanego egzaminu osoba otrzyma: *(nazwa dokumentu poświadczającego zdobycie kwalifikacji)*

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

wydany przez: *(nazwa podmiotu wydającego dokument wraz z informacją na podstawie jakich uprawnień dokument jest wydawany przez ten podmiot)*

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

1. W wyniku przeprowadzonego szkolenia osoba **uzyska / nie uzyska \*** kwalifikacje rozpoznawalne
i uznawalne w danej branży.

**\* niepotrzebne skreślić Wykonawca**

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

(data, pieczęć firmowa i/lub imienna oraz podpis osób/y upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Załącznik nr 4**

……........................................, dnia ........................ r.

 (miejscowość)

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

(pieczątka Wykonawcy)

**ZAŚWIADCZENIE NR ......................**

**potwierdzające ukończenie szkolenia i uzyskanie umiejętności lub kwalifikacji**

Pan/Pani ..................................................................................................................................................................................................

(imię/imiona i nazwisko)

PESEL\* ......................................................................................................................................................................................................

ukończył/-a szkolenie ..........................................................................................................................................................................

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

zorganizowane przez ............................................................................................................................................................................

*WZÓR*

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

(nazwa instytucji szkoleniowej przeprowadzającej szkolenie)

w okresie od dnia ................................................................................ do ...........................................................................................

Celem szkolenia było: ..........................................................................................................................................................................

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

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

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

Program nauczania obejmował …………………………… godzin zegarowych szkolenia.

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

(pieczątka i podpis osób/y upoważnionej

do reprezentowania Wykonawcy)

\* W przypadku cudzoziemca należy podać numer dokumentu stwierdzającego tożsamoś

*WZÓR*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp.  | Tematy zajęć edukacyjnych | Wymiar godzin zegarowych |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Umiejętności nabyte przez uczestnika szkolenia:**

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

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

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

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

(pieczątka i podpis osób/y upoważnionej

do reprezentowania Wykonawcy)

**Załącznik nr 5**

**- WYPEŁNIA INSTYTUCJA SZKOLENIOWA-**

**DANE WYKONAWCY**

**Nazwa:**

……………………..…………………………………………………….…

**Adres:**

……………………..…………………………………………………...…

……………………..……………………………………..…………….…

**OŚWIADCZENIE** **DOTYCZĄCE WYKLUCZENIA WYKONAWCY**

Oświadczam, **nie podlegam wykluczeniu z ubiegania się o udzielenie wsparcia** na podstawie art. 5l1 rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującym sytuację na Ukrainie (Dz.Urz.UE nr L111 z 8.4.2022, str. 1),
zm. rozporządzeniem Rady (UE) 2022/576 z dnia 8 kwietnia 2022 r. w sprawie zmiany rozporządzenia (UE)
nr 833/2014.

Ponadto oświadczam, iż nie jestem związany z osobami lub podmiotami, względem których stosowane są środki sankcyjne i które figurują na listach unijnych i krajowych oraz nie znajduję się na takiej liście. Przed złożeniem oświadczenia zapoznałem się z rejestrem osób/podmiotów objętych przedmiotowymi sankcjami zamieszczonym na stronie BIP MSWiA:[www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami](http://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami)

 **Wykonawca**

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

(data, pieczęć firmowa i/lub imienna oraz podpis osób/y upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**Weryfikacja Urzędu Pracy:**

Wyżej wymieniony przedsiębiorca/pracodawca figuruje/nie figuruje w rejestrze osób/podmiotów objętych przedmiotowymi sankcjami zamieszczonym na stronie BIP MSWiA: [www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami](http://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami).

 .…..…………………………..………………………………….

 (data, pieczątka i podpis pracownika PUP)

1 art.  5l zawarty w Rozporządzeniu Rady (UE) 2022/576 z dnia 8 kwietnia 2022 r. w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie „***zakazuje się udzielania bezpośredniego lub pośredniego wsparcia, w tym udzielania finansowania i pomocy finansowej lub przyznawania jakichkolwiek innych korzyści w ramach programu Unii, Euratomu lub krajowego programu państwa członkowskiego oraz umów w rozumieniu rozporządzenia (UE, Euratom) 2018/1046, na rzecz jakichkolwiek osób prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji, które w ponad 50 % są własnością publiczną lub są pod kontrolą publiczną”****.*