

.....  
Nazwa / imię i nazwisko pracodawcy

.....dn.....2018 r.

Powiatowy Urząd Pracy  
w Suchoj Beskidzkiej

**WNIOSEK PRACODAWCY**  
**o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego**  
**na finansowanie lub współfinansowanie**  
**działań na rzecz kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców**

**Podstawa prawna:**

- art. 69a i 69b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t. j. Dz. U. z 2017 r., poz. 1065 z późn. zm.),
- art. 37 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1808),
- rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 16 grudnia 2016 r. zmieniające rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2016 poz. 2155),
- 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, str. 1),
- 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, str. 9),
- art. 104 – 106 ustawy o swobodzie działalności gospodarczej z dnia 2 lipca 2004r. (Dz. U. z 2016 poz. 1829 z późn. zm.).

| CZĘŚĆ I – wypełnia Wnioskodawca   |  |
|---|--|
| DANE WNIOSKODAWCY – PRACODAWCY  |  |
| 1.1 Pełna nazwa i adres siedziby Wnioskodawcy   |  |
| 1.2 Miejsce prowadzenia działalności  |  |
| 1.3 Forma prawna działalności   |  |
| 1.3.1 Czy działalność prowadzona jest dłużej niż 3 m-ce   | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>  |
| 1.4 Telefon   |  |
| 1.5 Adres strony www  |  |
| 1.6 Numer identyfikacyjny REGON   |  |
| 1.7 Numer identyfikacji podatkowej NIP  |  |
| 1.8 Numer ewidencyjny PESEL, w przypadku osoby fizycznej  |  |
| 1.9 Numer działalności gospodarczej według PKD (przeważającej)  |  |
| 1.10 Wielkość przedsiębiorstwa (jeśli dotyczy)<br>1) Mikro przedsiębiorstwa definiuje się jako przedsiębiorstwa, które:<br>a) zatrudniają* mniej niż 10 pracowników, oraz<br>b) spełniają jeden z następujących warunków:<br>- roczne obroty nie przekraczają 2 milionów EURO**, lub<br>- roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EURO**,<br><br>2) Małe przedsiębiorstwa definiuje się jako przedsiębiorstwa, które :<br>a) zatrudniają* mniej niż 50 pracowników, oraz<br>b) spełniają jeden z następujących warunków:<br>- roczne obroty nie przekraczają 10 milionów EURO**, lub<br>- roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EURO**,<br><br>3) Średnie przedsiębiorstwa definiuje się jako przedsiębiorstwa, które :<br>a) zatrudniają* mniej niż 250 pracowników, oraz<br>b) spełniają jeden z następujących warunków:<br>- roczne obroty nie przekraczają 50 milionów EURO**, lub<br>- roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EURO**. | <input type="checkbox"/> mikro<br><br><input type="checkbox"/> małe<br><br><input type="checkbox"/> średnie<br><br><input type="checkbox"/> inne<br><br><input type="checkbox"/> nie dotyczy |
| * średniorocznie  |  |
| ** netto  |  |



## 4. Działania do realizacji ze środków KFS wskazane przez pracodawcę na rzecz kształcenia ustawicznego pracodawcy i pracowników

| Lp. | Wyszczególnienie działań  | Liczba osób uczestniczących w kształceniu ustawicznym |                  |                  | Liczba osób objętych działaniem według wymaganej grupy wiekowej |            |            |                 | planowany termin realizacji od-do / należy podać miesiąc i rok/ | Planowane do poniesienia koszty* |                         |        |  |
|-----|---|---|------------------|------------------|---|------------|------------|-----------------|---|----------------------------------|-------------------------|--------|--|
|     |   | Ogółem  | w tym pracodawcy | w tym pracownicy | 15-24 lata  | 25-34 lata | 35-44 lata | 45 lat i więcej |   | Krajowy Fundusz Szkoleniowy      | Wkład własny pracodawcy | Ogółem |  |
| 1.  | <b>Kursy** (należy podać nazwę szkolenia i planowaną liczbę osób)</b>   |   |                  |                  |   |            |            |                 |   |                                  |                         |        |  |
|     | 1.  |   |                  |                  |   |            |            |                 |   |                                  |                         |        |  |
|     | 2.  |   |                  |                  |   |            |            |                 |   |                                  |                         |        |  |
|     | 3.  |   |                  |                  |   |            |            |                 |   |                                  |                         |        |  |
|     | 4.  |   |                  |                  |   |            |            |                 |   |                                  |                         |        |  |
|     | 5.  |   |                  |                  |   |            |            |                 |   |                                  |                         |        |  |
| 2.  | <b>Studia podyplomowe** (należy podać kierunek studiów podyplomowych i planowaną liczbę osób)</b>   |   |                  |                  |   |            |            |                 |   |                                  |                         |        |  |
|     | 1.  |   |                  |                  |   |            |            |                 |   |                                  |                         |        |  |
|     | 2.  |   |                  |                  |   |            |            |                 |   |                                  |                         |        |  |
| 3.  | <b>Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych (należy podać nazwę egzaminu i planowaną liczbę osób)</b> |   |                  |                  |   |            |            |                 |   |                                  |                         |        |  |
|     | 1.  |   |                  |                  |   |            |            |                 |   |                                  |                         |        |  |
|     | 2.  |   |                  |                  |   |            |            |                 |   |                                  |                         |        |  |

# KRAJOWY FUNDUSZ SZKOLENIOWY



Urząd Pracy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------|--|--|--|--|
| 4.   | Badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu                            |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| 5.   | Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| 6.   | Określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego w związku z ubieganiem się o sfinansowanie tego kształcenia ze środków KFS |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | <b>RAZEM</b> |  |  |  |  |
| 7. Dotychczasowa współpraca z PUP:   |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| .....  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| .....  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| .....  |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |
| /należy opisać usługi i instrumenty rynku pracy z których Pracodawca korzystał w ostatnich 12 miesiącach, np.: nr umowy stażowej, prac interwencyjnych, ref. ZUS, prac społecznie – użytecznych, ref. –30. |  |  |  |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |

## 4.1 Charakterystyka uczestników kształcenia ustawicznego

| KANDYDAT NR .....<br>/IMIĘ I NAZWISKO .....   | Dane dotyczące osoby planowanej do objęcia kształceniem ustawicznym |   |           |   |            |            |            |                 |  | Planowane do poniesienia koszty w poszczególnych działaniach      |                      |               |        |                                   |                               |
|---|---|---|-----------|---|------------|------------|------------|-----------------|--|---|----------------------|---------------|--------|-----------------------------------|-------------------------------|
|   | pracodawca  |   | pracownik |   | 15-24 lata | 25-34 lata | 35-44 lata | 45 lat i więcej | rodzaj umowy o pracę** oraz wymiar etatu (np. 1/1, 1/2 itp.) | okres zatrudnienia (od.... do...)                                 | zajmowane stanowisko | wykształcenie | Ogółem | w tym Krajowy Fundusz Szkoleniowy | w tym wkład własny pracodawcy |
|   | K   | M | K         | M |            |            |            |                 |  |   |                      |               |        |                                   |                               |
| <b>Wyszczególnienie działań</b><br>(dla 1 osoby)                                      |   |   |           |   |            |            |            |                 |  |   |                      |               |        |                                   |                               |
| <b>1.1 Kursy do realizacji z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą:</b>             |   |   |           |   |            |            |            |                 |  |   |                      |               |        |                                   |                               |
| Nazwa kursu .....   |   |   |           |   |            |            |            |                 |  | Nazwa i siedziba instytucji szkoleniowej, miejsce realizacji..... |                      |               |        |                                   |                               |
| Planowany termin realizacji .....   |   |   |           |   |            |            |            |                 |  | .....   |                      |               |        |                                   |                               |
| Liczba godzin szkolenia: ..... Koszt szkolenia 1 osobogodziny : .....                 |   |   |           |   |            |            |            |                 |  | Koszt kursu:  |                      |               |        |                                   |                               |
| <b>1.2 Kursy do realizacji z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą:</b>             |   |   |           |   |            |            |            |                 |  |   |                      |               |        |                                   |                               |
| Nazwa kursu .....   |   |   |           |   |            |            |            |                 |  | Nazwa i siedziba instytucji szkoleniowej, miejsce realizacji..... |                      |               |        |                                   |                               |
| Planowany termin realizacji .....   |   |   |           |   |            |            |            |                 |  | .....   |                      |               |        |                                   |                               |
| Liczba godzin szkolenia: ..... Koszt szkolenia 1 osobogodziny : .....                 |   |   |           |   |            |            |            |                 |  | Koszt kursu:  |                      |               |        |                                   |                               |
| <b>1.3 Kursy do realizacji z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą:</b>             |   |   |           |   |            |            |            |                 |  |   |                      |               |        |                                   |                               |
| Nazwa kursu .....   |   |   |           |   |            |            |            |                 |  | Nazwa i siedziba instytucji szkoleniowej, miejsce realizacji..... |                      |               |        |                                   |                               |
| Planowany termin realizacji .....   |   |   |           |   |            |            |            |                 |  | .....   |                      |               |        |                                   |                               |
| Liczba godzin szkolenia: ..... Koszt szkolenia 1 osobogodziny : .....                 |   |   |           |   |            |            |            |                 |  | Koszt kursu:  |                      |               |        |                                   |                               |
| <b>1.4 Kursy do realizacji z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą:</b>             |   |   |           |   |            |            |            |                 |  |   |                      |               |        |                                   |                               |
| Nazwa kursu .....   |   |   |           |   |            |            |            |                 |  | Nazwa i siedziba instytucji szkoleniowej, miejsce realizacji..... |                      |               |        |                                   |                               |
| Planowany termin realizacji .....   |   |   |           |   |            |            |            |                 |  | .....   |                      |               |        |                                   |                               |
| Liczba godzin szkolenia: ..... Koszt szkolenia 1 osobogodziny : .....                 |   |   |           |   |            |            |            |                 |  | Koszt kursu:  |                      |               |        |                                   |                               |
| <b>2.1 Studia podyplomowe do realizacji z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą</b> |   |   |           |   |            |            |            |                 |  |   |                      |               |        |                                   |                               |
| Nazwa studiów podyplomowych .....   |   |   |           |   |            |            |            |                 |  | Nazwa i siedziba organizatora, miejsce realizacji.....            |                      |               |        |                                   |                               |
| Planowany termin realizacji .....   |   |   |           |   |            |            |            |                 |  | .....   |                      |               |        |                                   |                               |
| Liczba godzin: .....  |   |   |           |   |            |            |            |                 |  | Koszt studiów podyplomowych:                                      |                      |               |        |                                   |                               |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <p><b>3.1 Egzaminy</b> umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych:</p> <p>Nazwa egzaminu.....</p> <p>Planowany termin realizacji .....</p>  | <p>Nazwa i siedziba instytucji egzaminującej, miejsce realizacji .....</p>   |  |  |
| <p><b>4.1 Badania lekarskie</b> i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu</p> <p>Termin realizacji.....</p>  | <p>Nazwa i siedziba instytucji przeprowadzającej badania .....</p>   |  |  |
| <p><b>5.1 Ubezpieczenie</b> od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem</p> <p>Termin realizacji .....</p>   | <p>Nazwa i siedziba ubezpieczyciela .....</p>  |  |  |
| <p><b>6.1 Czy pracodawca planuje objąć osobę delegowaną kształceniem ustawicznym odpowiadającemu zawodowi, który jest wpisany na listę zawodów deficytowych w województwie małopolskim lub w powiecie w którym składany jest niniejszy wniosek suskim?</b></p> <p>(lista zawodów deficytowych znajduje się na stronie <a href="http://www.baromertzawodow.pl">www.baromertzawodow.pl</a>)</p> <p>Jeśli tak, to jakiego zawodu dotyczy kształcenie?</p> <p>.....</p>  | <p>Koszt egzaminu: .....</p> <p>Koszt badań: .....</p> <p>Koszt ubezpieczenia: .....</p> <p><input type="checkbox"/> TAK    <input type="checkbox"/> NIE</p> |  |  |
| <p>Wypełnia pracodawca starający się o środki na kształcenie ustawiczne w ramach Priorytetu 2: Wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych technologii i narzędzi pracy</p>   |  |  |  |
| <p><b>6.2 Czy pracodawca w ciągu roku przed złożeniem wniosku bądź 3 miesiące po jego złożeniu zakupił/zakupi nowe maszyny/narzędzia, wdroży nowe technologie/systemy?</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p>   |  |  |  |
| <p><b>Czy pracownik objęty kształceniem ustawicznym będzie wykonywać nowe zadania związane z wprowadzonymi/planowanymi do wprowadzenia zmianami?</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p>   |  |  |  |
| <p><u>Pracodawca aplikujący o środki na kształcenie ustawiczne w ramach Priorytetu 2 winien do wniosku dostarczyć wiarygodny dokument (np. kopia dokumentu zakupu, decyzji dyrektora/zarządu o wprowadzeniu norm ISO, itp), oraz logiczne i wiarygodne uzasadnienie.</u></p>   |  |  |  |
| <p>Wypełnia pracodawca starający się o środki na kształcenie ustawiczne w ramach Priorytetu 3: Wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które mogą udokumentować wykonywanie przez co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, a której nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej</p> <p><b>6.3 Czy osoba planowana do objęcia kształceniem ustawicznym może udokumentować wykonywanie przez co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, a której nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej (ustawa z dnia 19.12.2008 r. o emeryturach pomostowych Dz. U. 2015 poz. 965)?</b></p> <p><input type="checkbox"/> TAK    <input type="checkbox"/> NIE</p> |  |  |  |

|   |  |
|---|--|
| <p>7. Czy osoba planowana do objęcia kształceniem ustawicznym korzystała z kształcenia ustawicznego z KFS w bieżącym lub poprzednim roku?</p>   | <p><input type="checkbox"/> TAK (jeśli tak, proszę napisać informację na temat formy kształcenia ustawicznego, tematyki oraz wysokości wsparcia)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>   |
| <p>8.1 Uzasadnienie do każdej z wymienionych form wsparcia potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego</p> <p>(krótki opis uzasadniający skierowanie pracownika/pracodawcy na kształcenie ustawiczne)</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>   |
| <p>8.2 Uzasadnienie wyboru instytucji do każdej z wymienionych form wsparcia</p> <p>(krótki opis uzasadniający wybór instytucji szkoleniowej, firmy ubezpieczeniowej, placówki medycyny pracy itp.)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Nazwa i siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego: .....</li> <li>Czy realizator usługi kształcenia ustawicznego posiada <b>certyfikaty</b> jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego (np. <i>certyfikat jakości usług (ISO), akredytacja Kuratora Oświaty w zakresie szkoleń finansowanych z KFS, certyfikat Małopolskich Standardów Usług Edukacyjnych i Szkoleniowych lub inny znak jakości.?</i>)             <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> TAK    <input type="checkbox"/> NIE</p> </li> </ul> <p>Jeśli tak wpisać jakie: .....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Czy realizator usługi kształcenia ustawicznego <b>posiada dokument</b>, na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego?             <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> TAK    <input type="checkbox"/> NIE</p> </li> </ul> <p>Proszę podać publiczny rejestr w którym się znajduje. ....</p> <p>Jeżeli informacja ta nie jest dostępna w publicznych rejestrach elektronicznych należy dokument <b>załączyć do wniosku</b>.</p> <p>1. Opis uzasadniający wybór instytucji szkoleniowej, firmy ubezpieczeniowej, placówki medycyny pracy /.....* :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>2. Cena usługi kształcenia ustawicznego w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku, o ile są dostępne (opis, dla każdego kursu, porównanie ceny za <b>osobogodzinę</b>);</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |

|  |  |
|--|--|
| <p><b>8.3</b> Informacje o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osoby, które będzie objęta kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
|--|--|

**\*UWAGA:** Tabelę 4.1 należy wypełnić dla **każdego** uczestnika.



**4.2. Określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego - pracodawca wypełnia tylko w przypadku gdy uzasadniona jest konieczność określenia potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego**

|  |  |  |                                      |
|--|--|--|--------------------------------------|
| 1. Planowany termin realizacji: .....  | Nazwa i adres instytucji określającej potrzeby pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego:.....<br>.....   |  |                                      |
|  | Planowane do poniesienia koszty na określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego:  |  |                                      |
|  | <b>Ogółem</b>  | <b>w tym Krajowy Fundusz Szkoleniowy</b>   | <b>w tym wkład własny pracodawcy</b> |
| Koszt przypadający na 1 uczestnika ( Koszt ogółem na określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego dzielony przez liczbę osób uwzględnionych przy badaniu potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego:<br>..... | Koszt KFS przypadający na 1 uczestnika ( koszt KFS na określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego: dzielony liczbę osób uwzględnionych przy badaniu potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego:<br>..... | Koszt wkładu własnego przypadający na 1 uczestnika ( koszt wkładu własnego pracodawcy na określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego dzielony przez liczbę osób uwzględnionych przy badaniu potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego:<br>..... |                                      |
| <b>2. Uzasadnienie konieczności określenia potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego</b>  | Opis uzasadniający konieczność określenia potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego:  |  |                                      |
| <b>3. Uzasadnienie wyboru instytucji</b>   | Opis uzasadniający wybór instytucji do określenia potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego:  |  |                                      |
| <b>4. Uzasadnienie ceny</b>  | Porównanie ceny z ceną podobnych usług oferowanych na rynku, o ile są dostępne:  |  |                                      |



3. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawianego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących.
4. Pełnomocnictwo do reprezentowania pracodawcy, w przypadku jego ustanowienia, jeśli nie wynika ono bezpośrednio z dokumentów.
5. Dokument na podstawie którego wybrany realizator usługi prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego – jeśli informacja ta nie jest dostępna w publicznych rejestrach elektronicznych.

## **UWAGA!**

Wniosek pozostawia się bez rozpoznania o czym informuje się pracodawcę na piśmie, w przypadku:

1. nieoprawienia wniosku we wskazanym przez Urząd terminie lub niedołączenia do wniosku wymaganych załączników

**Zapoznałem/łam się z obowiązującymi „Zasadami przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawców w 2018r.” i przepisami regulującymi zasady udzielania pomocy de minimis i jestem świadomy/a uprawnień i obowiązków z nich wynikających.**

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Czytelny podpis Pracodawcy lub osoby uprawnionej)

| CZĘŚĆ II – wypełnia Powiatowy Urząd Pracy  |     |   |  |
|--|-----|---|--|
| 6. ROZPATRZENIE WNIOSKU  |     |   |  |
| 6.1 jakiego priorytetu aplikuje Wnioskodawca?<br><br>/Proszę wstawić znak X w odpowiednim miejscu/ | NIE | TAK   | 1. wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych   |
|  |     |   | 2. wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem e firmach nowych technologii i narzędzi pracy   |
|  |     |   | 3. Wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które mogą udokumentować wykonywanie przez co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, a którym nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej |
| 6.2 Sprawdzono pod względem formalnym i merytorycznym /data, podpis/                               |     |   |  |
| 6.3 Wezwany do uzupełnienia/data, podpis/  |     |   |  |
| 6.4 Wpływ uzupełnienia   |     |   |  |
| 6.5 Rozpatrzony pozytywnie /data, podpis   |     |   |  |
| 6.6 Rozpatrzony negatywnie /data, podpis, uzasadnienie odrzucenia wniosku                          |     |   |  |
| 6.7 Decyzja Dyrektora powiatowego urzędu pracy;  |     | Przyznano środki na kształcenie ustawiczne z KFS dla:<br>.....<br>.....<br>(Nazwa Pracodawcy)<br><br>w wysokości: .....zł. (słownie: ..... )<br>..... |  |

.....  
Miejscowość, data

.....  
Pieczęć i podpis Dyrektora