.................................................. ……………….., dn. …………...

(pieczęć pracodawcy) (miejscowość, data)

**WNIOSEK**

**O UZYSKANIE ŚRODKÓW NA KSZTAŁCENIE USTAWICZNE PRACOWNIKÓW
I PRACODAWCY Z LIMITU PODSAWOWEGO**

**KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO 2024 rok**

**termin naboru - składanie wniosków:
od dnia 26 marca 2024 r. do dnia 11 kwietnia 2024 r. do godz. 13.00**

**Podstawa prawna:**

* Art. 69a i 69b ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20 kwietnia 2004 r. (Dz. U. z 2023 r., poz. 735 ze zm.),
* Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014r. w sprawie przyznania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018 r., poz.117).

**Informacja:**

* Wniosek należy wypełnić czytelnie.
* Wszystkie pola we wniosku należy wypełnić poprzez udzielenie odpowiedzi lub wpisanie „nie dotyczy”.

**I. DANE PRACODAWCY**

Pełna nazwa pracodawcy **……………………………………………………………………..……..**

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

Adres siedziby ………………………………………………………………………..………………..

Miejsce prowadzenia działalności ……………………………………………………………………

Adres do korespondencji ……………………………………………………………………………..

NIP ………………………………….……….. Regon ………………………….………..…………..

przeważające PKD2007 ………………………….

Liczba wszystkich pracowników zatrudnionych na podstawie **umowy o pracę** …………...…..

Imię i nazwisko osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktów: ……………………………………………………..……………………………………………….……

Nr telefonu ………………….……e-mail………………………………..…..……….……………..

Wielkość przedsiębiorstwa zgodnie z ustawą z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2023 r. poz. 221 ze zm) - wnioskodawca zalicza się do kategorii
(właściwe zaznaczyć):

* **mikroprzedsiębiorca** - **przedsiębiorca**, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych: zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz 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;
* **mały przedsiębiorca** - **przedsiębiorca,** który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich
lat obrotowych: zatrudniał średniorocznie mniej niż 50 pracowników oraz 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;
* **średni przedsiębiorca** - **przedsiębiorca**, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych: zatrudniał średniorocznie mniej niż 250 pracowników oraz 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;
* **pozostałych** – nie mieszczące się w kategoriach wymienionych powyżej;
* **nie zalicza się do żadnej z powyższych kategorii, gdyż:** (podać uzasadnienie)

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

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

......……….……………………..…………...

(podpis i pieczątka osoby uprawnionej do reprezentacji
i składnia oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym)

**II. INFORMACJE DOTYCZĄCE PRIORYTETÓW KFS W 2024 W ROKU
USTALONYCH PRZEZ MINISTRA WŁAŚCIWEGO DS. PRACY**

**Wnioskowane kształcenie ustawiczne spełnia poniższej wymienione priorytety wydatkowania środków limitu podstawowego KFS:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr | Nazwa priorytetu | **Liczba osób** | **Celem potwierdzenia spełniania priorytetu należy złożyć z wnioskiem oświadczenie Pracodawcy na odpowiednim załączniku** |
| 1 | Wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy. |  | Załącznik A - Oświadczenie Pracodawcy o spełnianiu Priorytetu nr 1  |
| 2 | Wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych. |  | Załącznik B - Oświadczenie Pracodawcy o spełnianiu Priorytetu nr 2  |
| 3 | Wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem oraz osób będących członkami rodzin wielodzietnych. |  | Załącznik C - Oświadczenie Pracodawcy o spełnianiu Priorytetu nr 3  |
| 4 | Wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie umiejętności cyfrowych |  | Załącznik D - Oświadczenie Pracodawcy o spełnianiu Priorytetu nr 4  |
| 5 | Wsparcie kształcenia ustawicznego osób pracujących w branży motoryzacyjnej |  | Załącznik E - Oświadczenie Pracodawcy o spełnianiu Priorytetu nr 5  |
| 6 | Wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia |  | Załącznik F - Oświadczenie Pracodawcy o spełnianiu Priorytetu nr 6  |
| 7 | Wsparcie kształcenia ustawicznego skierowane do pracodawców zatrudniających cudzoziemców. |  | Załącznik G - Oświadczenie Pracodawcy o spełnianiu Priorytetu nr 7  |
| 8 | Wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie zarządzania finansami i zapobieganie sytuacją kryzysowym w przedsiębiorstwach |  | Załącznik H - Oświadczenie Pracodawcy o spełnianiu Priorytetu nr 8  |

**Oświadczam, że na potwierdzenie spełniania priorytetu składam następujący/ e załącznik/ i:**

Załącznik ……………… (wpisać odpowiednią literę).

Załącznik ……………… (wpisać odpowiednią literę).

......……….……………………..…………...

(podpis i pieczątka osoby uprawnionej do reprezentacji
i składnia oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym)

**UWAGA!!!**

**Brak złożenia załącznika/ów potwierdzających spełnianie odpowiedniego priorytetu skutkuje negatywnym rozpatrzeniem wniosku.**

**III. INFORMACJE DOTYCZĄCE FINANSOWANIA KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO
Z UDZIAŁEM ŚRODKÓW KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO:**

1Środki Krajowego Funduszu Szkoleniowego na sfinansowanie kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy przyznawane są w wysokości 80% poniesionych kosztów, nie więcej niż 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika, a w przypadku mikroprzedsiębiorstwa w wysokości 100%.

2**Przy wyliczaniu wkładu własnego pracodawcy** uwzględnia się wyłącznie koszty samego kształcenia ustawicznego,
nie uwzględnia się 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, wyżywienia, dojazdu, zakwaterowania, itp.

**Środki KFS** są środkami publicznymi w rozumieniu ustawy o finansach publicznych. Zgodnie z ustawą o podatku
od towarów i usług oraz rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług
oraz warunków stosowania tych zwolnień, zwalnia się od podatku usługi kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania zawodowego finansowane w co najmniej 70 % ze środków publicznych.

**Wnioskowana wysokość środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego**1

**……………………………….. zł** (słownie złotych: ………………………………………………..)

**Wnioskowana forma kształcenia ustawicznego:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj formy** | **Liczba osób**  | **Koszty kształcenia ustawicznego w zł** |
| **Ogółem** | **Wkład własny pracodawcy**2 | **Wnioskowana kwota KFS** |
|  | kursy |  |  |  |  |
|  | studia podyplomowe |  |  |  |  |
|  | egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych |  |  |  |  |
|  | ubezpieczenie NNW w związku z podjęciem kształcenia |  |  |  |  |
|  | badania lekarskie / psychologiczne |  |  |  |  |
| **SUMA**  |  |  |  |  |

**Oświadczam, że koszt kształcenia wykazany we wniosku nie zawiera kosztów zakwaterowania, wyżywienia, dojazdu, delegacji, itp.**

......……….……………………..…………...

(podpis i pieczątka osoby uprawnionej do reprezentacji
i składnia oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym)

**IV. INFORMACJE O UCZESTNIKACH, KTÓRYCH DOTYCZĄ WYDATKI Z KFS:**

**UWAGA!!!
W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, przed podpisaniem umowy niezbędne będzie dostarczenie listy osób objętych kształceniem ustawicznym zawierającej m.in.: imię i nazwisko osoby wraz z jej datą urodzenia.**

**Łączna liczba osób do objęcia wsparciem:** ……………….………….

|  |  |
| --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Liczba osób objętych wsparciem, w tym** |
| **Pracodawca/y** | **Pracownicy** |
| **razem** | **w tym kobiety** | **razem** | **w tym kobiety** |
| **Objęci wsparciem ogółem, w tym:** |  |  |  |  |
| **Według rodzajów wsparcia** | kursy |  |  |  |  |
| studia podyplomowe |  |  |  |  |
| egzaminy |  |  |  |  |
| badania lekarskie i/lub psychologiczne |  |  |  |  |
| ubezpieczenie NNW |  |  |  |  |
| **Według grup wiekowych** | 15-24 lata |  |  |  |  |
| 25-34 lata |  |  |  |  |
| 35-44 lata |  |  |  |  |
| 45 lat i więcej |  |  |  |  |
| **Według wykształcenia** | gimnazjalne i poniżej |  |  |  |  |
| zasadnicze zawodowe |  |  |  |  |
| średnie ogólnokształcące |  |  |  |  |
| policealne i średnie zawodowe |  |  |  |  |
| wyższe |  |  |  |  |

**Termin realizacji kształcenia ustawicznego** (rozpoczęcie kształcenia może nastąpić po zawarciu umowy o dofinansowanie kształcenia ustawicznego z KFS)**:**

**od dnia ……………………………………………………………………………………...…………**

**do dnia……………………………………………………………………………………….…………**

......……….……………………..…………...

(podpis i pieczątka osoby uprawnionej do reprezentacji
i składnia oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym)

**V. REALIZATOR USŁUGI KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO FINANSOWANEJ
ZE ŚRODKÓW KFS** (składa się osobno dla każdego szkolenia/ studiów podyplomowych/ egzaminu)

|  |
| --- |
| NAZWA I SIEDZIBA REALIZATORA USŁUGI KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO |
|  |
| NIP realizatora usługi kształcenia ustawicznego  |  |
| REGON realizatora usługi kształcenia ustawicznego  |  |
| Posiadane przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikaty jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego (np. certyfikaty systemów jakości, akredytacja), dodatkowo w przypadku kursów – posiadanie dokumentu,na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego |
|  |
| Nazwa kształcenia ustawicznego |  |
| Liczba godzin kształcenia ustawicznego |  |
| Forma kształcenia |  |
| Sposób realizacji kształcenia | Stacjonarnie / on-line (w czasie rzeczywistym)\* |
| Sposób organizacji zajęć (właściwe zaznaczyć – przynajmniej jedna opcja w każdym wierszu) | indywidualne  | grupowe |
| Zamknięte realizowane wyłącznie dla pracodawcy | otwarte/z wolnego naboru |
| Termin realizacji  | od ………………….. do ……………………… roku |
| Miejsce kształcenia (dokładny adres) |  |
| Cena usługi kształcenia ustawicznego w zł(bez VAT) | Koszt osobogodziny w zł |  |
| Za 1 osobę w zł |  |
| Łącznie w zł |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **KOSZTORYS WNIOSKOWANEGO KSZTAŁCENIA**  | **(dotyczy szkoleń, z wyłączeniem szkoleń otwartych /”z wolnego naboru”):** |
| Kategoria kosztów | Kwota w zł/osobę |
| Wynagrodzenie wykładowcy/wykładowców(należy wskazać ilość wykładowców i koszt każdego z nich rozpisać oddzielnie): |  |
| Materiały dydaktyczne, w tym: ---  |  |
| Wynajem sal (dotyczy wyłącznie szkoleń stacjonarnych) |  |
| Inne koszty, tj. (należy wyszczególnić kategorie i kwoty):--- |  |
| **Łączny koszt kształcenia na 1 uczestnika** |  |
| **UZASADNIENIE WYBORU REALIZATORA USŁUGI KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO****wraz z porównaniem ceny wybranej usługi kształcenia ustawicznego do cen podobnych usług oferowanych na rynku, o ile są dostępne** (na potwierdzenie należy załączyć pozyskane kontroferty sporządzone według wzoru - minimum dwie kontroferty dla każdego szkolenia / studiów podyplomowych / egzaminu)  |
|  |
| **\*UZASADNIENIE WYBORU KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO REALIZOWANEGO ON -LINE** |
|  |

**Wzór kontroferty**

**OFERTA ORGANIZACJI SZKOLENIA/ STUDIÓW PODYPLOMOWYCH/ EGZAMINU
nr ……**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa kształcenia ustawicznego (SZKOLENIA/ STUDIÓW PODYPLOMOWYCH/ EGZAMINU) |  |
| Nazwa i siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego, NIP |  |
| Posiadane przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikaty jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego (np. certyfikaty systemów jakości, akredytacja), a w przypadku kursów – posiadanie dokumentu, na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego. |  |
| Cena usługi kształcenia ustawicznegow zł za 1 osobę (bez VAT) |  |
| Liczba godzin kształcenia ustawicznego |  |
| Koszt osobogodziny (zł/godzinę) |  |
| Sposób realizacji kształcenia | Stacjonarnie / on-line (w czasie rzeczywistym)\* |
| Sposób organizacji zajęć (właściwe zaznaczyć – przynajmniej jedna opcja w każdym wierszu) | indywidualne  | grupowe |
| dedykowane/realizowane na zamówienie | otwarte/z wolnego naboru |
| Termin realizacji  | od ………………….. do ……………………… roku |
| Miejsce kształcenia  |  |
| Data ważności oferty |  |
| Program szkolenia / studiów podyplomowych / zakres egzaminu |  |

**OŚWIADCZENIA**

Działając w imieniu i na rzecz wnioskodawcy oświadczam, że w dniu złożenia wniosku wnioskodawca **(\*- niepotrzebne skreślić)**:

1. **jest / nie jest\*** pracodawcą w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 25 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy i mam świadomość konieczności zachowania tego statusu przez cały okres realizacji kształcenia ustawicznego finansowanego ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego.
2. **mam świadomość** iż moi pracownicy, których kształcenie ustawiczne finansowane będzie ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego, powinni zachować status pracownika u mnie przez cały okres realizacji kształcenia ustawicznego.
3. osoba/y, która/e będzie/będą korzystała/y z kształcenia ustawicznego zatrudniona/e jest/są **na podstawie umowy o pracę** powołania/ wyboru/mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę zgodnie z art. 2 ustawy Kodeks pracy, nie przebywa/ją na urlopie macierzyńskim/ ojcowskim/ wychowawczym, nie jest/są osobą/ami współpracującą/ymi.
4. **jest / nie jest\*** powiązany osobowo lub kapitałowo z usługodawcą świadczącym usługi,
o których mowa w niniejszym wniosku. Przez powiązanie kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między pracodawcą lub osobami upoważnionymi
do zaciągania zobowiązań w imieniu pracodawcy, polegające w szczególności na:
	1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
	2. posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji,
	3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
	4. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa
	lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli;
5. **zalega / nie zalega\*** w dniu złożenia niniejszego wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych
oraz Fundusz Emerytur Pomostowych;
6. **jest świadomy(a)**, że kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy w ramach KFS jest finansowane ze środków publicznych i w związku z tym podlega szczególnym zasadom rozliczania;
7. **przyjmuje do wiadomości**, że rozpatrzenie wniosku nie następuje w formie decyzji administracyjnej, w związku z tym pracodawcy, w przypadku negatywnego rozpatrzenia wniosku, nie przysługuje odwołanie;
8. **zapoznał się z Zasadami udzielania przez Powiatowy Urząd Pracy w Ostródzie pomocy pracodawcy ze środków limitu podstawowego Krajowego Funduszu Szkoleniowego w 2024 r.;**
9. **ubiega / nie ubiega\*** się o środki KFS na kształcenie ustawiczne tych samych osób
w innym Powiatowym Urzędzie Pracy;
10. **przyznanie środków** KFS we wnioskowanej wysokości nie spowoduje przekroczenia limitu pomocy w wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia na jedną osobę w danym roku, o którym mowa w art.69b ust.1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
11. **mam świadomość** obowiązku zawarcia z pracownikami, którym kształcenie ustawiczne finansowane będzie ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego umowy, o której mowa w art.69b ust. 3 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia
i instytucjach rynku pracy.
12. **spełnia / nie spełnia\*** warunki(ów) określone(ych) w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego;
13. **prowadzi / nie prowadzi\*** działalność(ci) gospodarczą(ej) w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców;
14. **jest / nie jest\*** beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej, tzn. **jest / nie jest\*** podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą, w tym **jest / nie jest\*** podmiotem prowadzącym działalność w zakresie rolnictwa lub rybołówstwa, bez względu na formę organizacyjno-prawną oraz sposób finansowania.
15. W przypadku odpowiedzi twierdzącej w pkt 14:
16. **Spełnia / nie spełnia / nie dotyczy \*** warunki(ów) o dopuszczalności udzielenia pomocy publicznej, o których mowa w rozporządzeniu Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis.
17. **Spełnia / nie spełnia / nie dotyczy \*** warunki(ów) o dopuszczalności udzielenia pomocy publicznej, o których mowa w rozporządzeniu 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.
18. **Spełnia / nie spełnia / nie dotyczy \*** warunki(ów) o dopuszczalności udzielenia pomocy publicznej, o których mowa w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia
27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury.
19. **Zobowiązuje się** do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia
o uzyskanej pomocy de minimis, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy otrzyma taką pomoc.
20. **Otrzymał / nie otrzymał\*** decyzję(i) Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodną z prawem
i wspólnym rynkiem.
21. **Jest świadomy(a)** obowiązku zwrotu wypłaconych środków w przypadku naruszenia wymogów dotyczących dopuszczalnej pomocy publicznej (w tym z powodu nieutrzymania miejsc pracy) lub wykorzystania środków niezgodnie z umową.
22. **Przyjmuje** do wiadomości, że zgodnie z art. 37 ust. 1 pkt 2 lit. g ustawy z dnia
27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych zarząd jednostki samorządu terytorialnego
w drodze obwieszczenia podaje do publicznej wiadomości informację obejmującą wykaz osób prawnych i fizycznych oraz jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej, którym udzielono pomocy publicznej.
23. **Wyrażam zgodę** na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu przez Powiatowy Urząd Pracy
w Ostródzie dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy,
o których mowa w art.69a i 69b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej
z 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego z późniejszymi zmianami.
24. **Zobowiązuję się** do ochrony danych, a w szczególności stosowania przepisów ustawy
z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych oraz przestrzegania Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE- ogólne rozporządzenie o ochronie danych (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 4 maja 2016 r.), w sposób nienarażający Powiatowego Urzędu Pracy w Ostródzie
na odpowiedzialność wynikającą z naruszenia w/w aktu pod rygorem odpowiedzialności regresowej.

Prawdziwość danych zawartych w niniejszym wniosku potwierdzam własnoręcznym podpisem, pouczony o odpowiedzialności przewidzianej w art. 233 § 1 kk za oświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy („Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy
do lat 8”) (Dz. U. z 2022 r. poz. 1138 ze zm).

......……….……………………..…………...

(podpis i pieczątka osoby uprawnionej do reprezentacji
i składnia oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym)

**UWAGA !!!**

**W przypadku upoważnienia innej osoby do reprezentowania Pracodawcy przed Powiatowym Urzędem Pracy w sprawach związanych z realizacją wniosku konieczne jest przedłożenie dokumentu pełnomocnictwa, poświadczonego notarialnie albo z uiszczoną opłatą skarbową w wysokości 17 zł.**

**ZAŁĄCZNIKI STANOWIĄCE INTEGRALNĄ CZĘŚĆ WNIOSKU:**

1. Zaświadczenia lub oświadczenie o pomocy de minimis, w zakresie, o którym mowa
w art. 37 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu
w sprawach pomocy publicznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 702).
2. 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.
3. Program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu (oddzielnie dla każdego szkolenia / studiów podyplomowych / egzaminu).
4. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawianego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika
on z przepisów powszechnie obowiązujących (oddzielnie dla każdego szkolenia / studiów podyplomowych / egzaminu).
5. Kopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji
i Informacji o Działalności Gospodarczej (np. statut, regulamin, uchwała, a w przypadku spółki cywilnej – umowa spółki lub inne dokumenty właściwe np. dla jednostek budżetowych, szkół, przedszkoli, itp.).
6. Oświadczenie dotyczące przesłanek wykluczenia z art. 5l Rozporządzenia 833/2014
oraz ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.

Załączniki 1 i 2 sporządza się wg. wzorów.

**UWAGA!!!**

**Wniosek złożony bez co najmniej jednego z wymienionych w punkcie od 1
do 5 załączników, pozostaje bez rozpatrzenia zgodnie z § 6 ust. 3 pkt 2 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018 r. poz. 117).**

**Podmiot:**

………………………………………………

……..……………..…………………………

(pełna nazwa/firma, adres, podmiotu: NIP, KRS)

reprezentowany przez:

………………………………………………

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**OŚWIADCZENIE**

**dotyczące przesłanek wykluczenia z art. 5l Rozporządzenia 833/2014 oraz ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z otrzymania wsparcia na podstawie
art. 5l rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 229 z 31.7.2014, str. 1), dalej: rozporządzenie 833/2014, w brzmieniu nadanym rozporządzeniem Rady (UE) 2022/576 w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 111 z 8.4.2022, str. 1), dalej: rozporządzenie 2022/576.[[1]](#footnote-1)
2. Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t. j. Dz. U. z 2023 r., poz. 1497 ze zm).
3. Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Powiatowego Urzędu Pracy w Ostródzie w błąd przy przedstawianiu informacji.

………………………………………….

Data, podpis

**Adnotacje urzędowe:**

Weryfikacja podmiotu i jego powiązań w oparciu o „**Listę osób i podmiotów objętych sankcjami**”

zamieszczoną na stronie:  <https://www.gov.pl/web/mswia/lista-osob-i-podmiotow-objetych-sankcjami>

przeprowadzona w dniu ………………….…… o godzinie ……………….

Podpis pracownika dokonującego weryfikacji:

**Klauzula informacyjna dot. ochrony przekazanych danych osobowych (RODO)
dla pracodawców wnioskujących o wsparcie z Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

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 – ogólne rozporządzenie o ochronie danych (Dz. Urz. UE L 119
z dn. 04.05.2016 r.) informuję, że:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Ostródzie, ul. Jana III Sobieskiego 5, 14-100 Ostróda, tel. 89 642 95 10, fax 89 646 29 56,
e-mail: olos@praca.gov.pl
2. Kontakt do inspektora ochrony danych – tel. 89 642 95 10, fax 89 646 29 56,
e-mail: iodo@ostroda.praca.gov.pl
3. Pani/Pana dane są przetwarzane wyłącznie dla celów wynikających z przepisów prawa, tj.: ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014r. w sprawie przyznania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018 r., poz.117).
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione
do uzyskania danych osobowych na podstawie obowiązujących przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane zgodnie z instrukcją kancelaryjną,
przez okres 5 lat od następnego roku, w którym zostało zakończone rozliczenie umowy.
6. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, lub prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do cofnięcia zgody, jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody.
7. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, adres: ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
8. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe ze względu na przepisy prawa.

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego.

......……….……………………..…………...

(podpis i pieczątka osoby uprawnionej do reprezentacji
i składnia oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym)

1. Zgodnie z treścią art. 5l ust. 1 rozporządzenia 833/2014 w brzmieniu nadanym rozporządzeniem 2022/576 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 ( 11 ), na rzecz jakichkolwiek osób prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji, które w ponad 50 % są własnością publiczną lub są pod kontrolą publiczną. [↑](#footnote-ref-1)