**Załącznik nr 1 do umowy**

**IMIENNY WYKAZ PRACOWNIKÓW I PRACODAWCY KORZYSTAJĄCYCH ZE WSPARCIA FINANSOWANEGO
ZE ŚRODKÓW KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO**(zgodny z oznaczeniem uczestnika wykazanym we wniosku w Sekcji IV pkt 1.)

1. **KURSY**

*(należy rozpisać każdą pozycję oddzielnie dla każdego uczestnika)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nr porządkowy uczestnika****(zgodnie z oznaczeniem uczestnika w Sekcji IV pkt 1 wniosku)** | **Imię i nazwisko uczestnika** | **Rodzaj uczestnika****(pracownik / pracodawca)** | **Tematyka wnioskowanego kształcenia** | **Całkowita wysokość wydatków****w zł** | **Wnioskowana wysokość środków KFS** **w zł** | **Wysokość wkładu własnego pracodawcy****w zł** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |  |  |  |
| 16. |  |  |  |  |  |  |  |
| 17. |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. |  |  |  |  |  |  |  |
| 20. |  |  |  |  |  |  |  |

1. **STUDIA PODYPLOMOWE***(należy rozpisać każdą pozycję oddzielnie dla każdego uczestnika)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nr porządkowy uczestnika****(zgodnie z oznaczeniem uczestnika w Sekcji IV pkt 1 wniosku)** | **Imię i nazwisko uczestnika** | **Rodzaj uczestnika****(pracownik / pracodawca)** | **Kierunek studiów podyplomowych** | **Całkowita wysokość wydatków****w zł** | **Wnioskowana wysokość środków KFS** **w zł** | **Wysokość wkładu własnego pracodawcy****w zł** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |

1. **EGZAMINY UMOŻLIWIAJĄCE UZYSKANIE DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH NABYCIE UMIEJĘTNOŚCI, KWALIFIKACJI LUB UPRAWNIEŃ ZAWODOWYCH:***(należy rozpisać każdą pozycję oddzielnie dla każdego uczestnika)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nr porządkowy uczestnika****(zgodnie z oznaczeniem uczestnika w Sekcji IV pkt 1 wniosku)** | **Imię i nazwisko uczestnika** | **Rodzaj uczestnika****(pracownik / pracodawca)** | **Rodzaj egzaminu** | **Całkowita wysokość wydatków****w zł** | **Wnioskowana wysokość środków KFS** **w zł** | **Wysokość wkładu własnego pracodawcy****w zł** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |

1. **BADANIA LEKARSKIE I PSYCHOLOGICZNE WYMAGANE DO PODJĘCIA KSZTAŁCENIA LUB PRACY ZAWODOWEJ PO UKOŃCZONYM KSZTAŁCENIU:***(należy rozpisać każdą pozycję oddzielnie dla każdego uczestnika)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nr porządkowy uczestnika****(zgodnie z oznaczeniem uczestnika w Sekcji IV pkt 1 wniosku)** | **Imię i nazwisko uczestnika** | **Rodzaj uczestnika****(pracownik / pracodawca)** | **Rodzaj badań** **lekarskie/psychologiczne** | **Całkowita wysokość wydatków****w zł** | **Wnioskowana wysokość środków KFS** **w zł** | **Wysokość wkładu własnego pracodawcy****w zł** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |

1. **UBEZPIECZENIE OD NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW W ZWIĄZKU Z PODJĘCIEM KSZTAŁCENIA:***(należy rozpisać każdą pozycję oddzielnie dla każdego uczestnika)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nr porządkowy uczestnika****(zgodnie z oznaczeniem uczestnika w Sekcji IV pkt 1 wniosku)** | **Imię i nazwisko uczestnika** | **Rodzaj uczestnika****(pracownik / pracodawca)** | **Rodzaj ubezpieczenia od NNW** | **Całkowita wysokość wydatków****w zł** | **Wnioskowana wysokość środków KFS** **w zł** | **Wysokość wkładu własnego pracodawcy****w zł** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |

**Liczba osób objętych działaniami finansowymi z udziałem środków KFS wg płci, grupy wiekowej, poziomu wykształcenia oraz liczby osób pracujących w szczególnych warunkach lub wykonujących pracę o szczególnym charakterze:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PŁEĆ** | **KOBIETY** | **MĘŻCZYŹNI** |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **WIEK** | **15-24 LATA** | **25-34 LATA** | **35-44 LATA** | **POWYŻEJ 45 LAT** |
| **KOBIETY** | **MĘŻCZYŹNI** | **KOBIETY** | **MĘŻCZYŹNI** | **KOBIETY** | **MĘŻCZYŹNI** | **KOBIETY** | **MĘŻCZYŹNI** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **WYKSZTAŁCENIE** | **GIMNAZJALNE I PONIZEJ** | **ZASADNICZE ZAWODOWE** | **ŚREDNIE OGÓLNOKSZTAŁCĄCE** | **POLICEALNE I ŚREDNIE ZAWODOWE** | **WYŻSZE** |
| **KOBIETY** | **MĘŻCZYŹNI** | **KOBIETY** | **MĘŻCZYŹNI** | **KOBIETY** | **MĘŻCZYŹNI** | **KOBIETY** | **MĘŻCZYŹNI** | **KOBIETY** | **MĘŻCZYŹNI** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OSOBY WYKONUJĄCE PRACĘ W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH LUB O SZCZEGÓLNYM CHARAKTERZE** | **KOBIETY** | **MĘŻCZYŹNI** |
|  |  |

 ……………………..…..…………. ………………………………………………..……………..…………..……………………………………………..…………..
 (miejscowość i data) (podpis i pieczątka Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy)