 

***Załącznik nr 4***

**Wykaz osób, które mają zostać objęte działaniami finansowymi**

**z udziałem środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Przedział wiekowy | | | | Nazwa stanowiska/ zawodu | Poziom wykształcenia:  - wyższe,  - policealne i średnie  zawodowe/branżowe,  - średnie ogólnokształcące,  - zasadnicze zawodowe/branżowe, - gimnazjalne/ podstawowe i poniżej  (wpisać odpowiednie) | Osoba wykonuje pracę  w szczególnych warunkach lub  o szczególnym charakterze  (wybrać odpowiednie) | Forma zatrudnienia  i okres obowiązywania umowy o pracę od – do\*\* | Proponowany rodzaj wsparcia  w ramach KFS (np. szkolenie – nazwa;  kurs – nazwa; egzamin – nazwa; studia podyplomowe – nazwa) | Kwota środków na kształcenie ustawiczne danego pracownika  oraz numer priorytetu (1-9,14) |
| 15-24 lata | 25-34 lata | 35-44 lata | 45 lat  i więcej |
|  |  |  |  |  |  |  |  | TAK/NIE |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | TAK/NIE |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | TAK/NIE |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | TAK/NIE |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | TAK/NIE |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | TAK/NIE |  |  |  |

|  |
| --- |
| DATA, PIECZĘĆ I PODPIS WNIOSKODAWCY LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ |

\*\*środki KFS mogą zostać przeznaczone na kształcenie ustawiczne pracowników pozostających w stosunku pracy w rozumieniu art. 2 K.P.