……………………………………

(pieczęć pracodawcy)

**Zapotrzebowanie**

**na środki KFS na dofinansowanie kształcenia ustawicznego**

**pracowników i pracodawców**

**w 2018 roku**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **DANE DOTYCZĄCE PRACODAWCY:** | | | | | | |
| 1. | Pełna nazwa pracodawcy |  | | | | |
| 2. | Adres siedziby pracodawcy |  | | | | |
| 3. | Miejsce prowadzenia działalności |  | | | | |
| 4. | Numer NIP |  | | | | |
| 5. | Numer REGON |  | | | | |
| 6. | Ilość osób zatrudnionych |  | | | | |
| 7. | Dane osoby upoważnionej do kontaktu z PUP w sprawie KFS | Imię i nazwisko | |  | | |
| telefon | |  | | |
| fax | |  | | |
| e-mail | |  | | |
| 1. **ZAPOTRZEBOWANIE KFS NA 2018 ROK** | | | | | | |
| **Nazwa działania zgodnie z art. 69a ust. 2 ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t. j. Dz.U.2017.1065 z późn. zm.)** | | | **Liczba osób** | | **Koszt na  1 osobę** | **Kwota zapotrzebowania**  **(w tys. zł)** |
| **kształcenie ustawiczne**  **pracowników i pracodawcy, w tym:** | | |  | |  |  |
| 1. określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego w związku z ubieganiem się o sfinansowanie tego kształcenia ze środków KFS | | |  | |  |  |
| 1. kursy i studia podyplomowe realizowane  z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą | | |  | |  |  |
| 1. egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych | | |  | |  |  |
| 1. badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu | | |  | |  |  |
| 1. ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem | | |  | |  |  |
| **RAZEM:** | | |  | |  |  |

……………………………………………..

Data i podpis pracodawcy