……………………………………

(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