Załącznik nr 1 do umowy o finansowanie działań obejmujących

kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawców z KFS

…………………………………………………….. ………………………………………dnia………………………………

 /pieczątka pracodawcy/ /miejscowość/

**ROZLICZENIE WYDATKOWANYCH KWOT NA DZIAŁANIA OBEJMUJĄCE KSZTAŁCENIE USTAWICZNE
 PRACOWNIKÓW I PRACODAWCÓW Z KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO**

**na podstawie umowy nr .................................................... z dnia...................................**

1. **Kursy/ szkolenia:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa kursu/szkolenia** | **Imię i nazwisko osoby objętej działaniem/ data urodzenia** | **Termin realizacji od - do** | **Całkowity koszt szkolenia** | **Wnioskowana wysokość środków KFS (………..%)** | **Wysokość środków własnych****(………%)** | **Nr faktury** **(rachunku)** | **Nr pozycji na fakturze****(rachunku)** | **Ukończenie szkolenia****TAK / NIE** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 **2. Studia podyplomowe:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa studiów podyplomowych** | **Imię i nazwisko osoby objętej działaniem/ data urodzenia** | **Termin realizacji od - do** | **Całkowity koszt szkolenia** | **Wnioskowana wysokość środków KFS (…….....%)** | **Wysokość środków własnych****(…….…%)** | **Nr faktury** **(rachunku)** | **Nr pozycji na fakturze****(rachunku)** | **Ukończenie szkolenia****TAK / NIE** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**3. Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa egzaminu** | **Imię i nazwisko osoby objętej działaniem/ data urodzenia** | **Termin realizacji od - do** | **Całkowity koszt szkolenia** | **Wnioskowana wysokość środków KFS (….….…%)** | **Wysokość środków własnych****(…….….%)** | **Nr faktury** **(rachunku)** | **Nr pozycji na fakturze****(rachunku)** | **Ukończenie szkolenia****TAK / NIE** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**4. Badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania lekarskiego****/psychologicznego** | **Imię i nazwisko osoby objętej działaniem/ data urodzenia** | **Termin realizacji od - do** | **Całkowity koszt szkolenia** | **Wnioskowana wysokość środków KFS (…………%)** | **Wysokość środków własnych****(…………%)** | **Nr faktury** **(rachunku)** | **Nr pozycji na fakturze****(rachunku)** | **Ukończenie szkolenia****TAK / NIE** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**5. Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjęciem kształcenia:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa ubezpieczenia** | **Imię i nazwisko osoby objętej działaniem/ data urodzenia** | **Termin realizacji od - do** | **Całkowity koszt szkolenia** | **Wnioskowana wysokość środków KFS (…………%)** | **Wysokość środków własnych****(………..%)** | **Nr faktury** **(rachunku)** | **Nr pozycji na fakturze****(rachunku)** | **Ukończenie szkolenia****TAK / NIE** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

 /podpis i pieczątka Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy/

**Załączniki:**

1. Załącznik nr 1 do rozliczenia wydatkowanych kwot na działania obejmujące kształcenie pracowników i pracodawców z KFS.

2. Kserokopia faktur wraz z dowodami zapłaty.

3. Kserokopie zaświadczeń lub innych dokumentów potwierdzających ukończenie działania i uzyskanie uprawnień lub kwalifikacji.