Wniosek nr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gostynin, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

...........................................................

 (Pieczęć firmowa wnioskodawcy)

STAROSTA GOSTYNIŃSKI

za pośrednictwem

POWIATOWEGO URZĘDU PRACY

w Gostyninie

**WNIOSEK O SFINANSOWANIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO PRACOWNIKÓW I PRACODAWCY**

na zasadach określonych w art. 69 a i 69 b ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1482 ze zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 117).

A. DANE PRACODAWCY/WNIOSKODAWCY

1. Pełna nazwa pracodawcy.......................................................................................................

...................................................................................................................................................

2. Adres siedziby pracodawcy...................................................................................................

3. Miejsce prowadzenia działalności .......................................................................................

...................................................................................................................................................

4. Telefon ................................................... fax.........................................................................

 e-mail ................................................... strona www ….........................................................

5. NIP...........................................REGON ...........................KRS/CEIDG..................................

6. Forma prawna prowadzonej działalności ..............................................................................

7. Rodzaj przeważającej działalności gospodarczej określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD) ...................................................................................................................

8. Wielkość przedsiębiorstwa – zgodnie z ustawą z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz.1292 ze zm.) [[1]](#footnote-1) \*:

□mikro   ⁯ □małe ⁯ □średnie ⁯ □inne

9. Liczba pracowników zatrudnionych zgodnie z art. 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1040 ze zm.) na dzień złożenia wniosku ......................................

10. Numer konta bankowego Pracodawcy:

□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

11.Osoba / osoby uprawniona do reprezentacji i podpisania wnioskowanej umowy (zgodnie
z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem) :

imię i nazwisko......................................... stanowisko służbowe ...............................................

12. Osoba wyznaczona do kontaktu z Urzędem:

imię i nazwisko …....................................................stanowisko …............................................ telefon /fax …........................................................., e-mail …....................................................

**B.** **CAŁKOWITA WARTOŚĆ PLANOWANYCH DZIAŁAŃ KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

Całkowita wysokość wydatków, która będzie poniesiona na działania związane
z kształceniem ustawicznym: ........................zł (słownie: ……………………………………….).

Powyższe środki przeznaczone są na sfinansowanie kosztów dotyczących poszczególnych działań, zwanych łącznie „kosztami kształcenia ustawicznego” dla ……… pracowników i/lub …….. pracodawców w następujących kwotach:

1. kursy: *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł,* *(słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)*,
2. studia podyplomowe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł. (*słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*),
3. egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł. (*słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*),
4. badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształcenia:\_\_\_\_\_\_\_ zł. (*słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*),
5. ubezpieczenie NNW w związku z podjętym kształceniem: \_\_\_\_\_\_ zł. (*słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*),

co stanowi łącznie **\_\_\_\_%** wszystkich kosztów kształcenia ustawicznego – nie więcej jednak niż 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jedną osobę.

Wnioskowane środki KFS będą przeznaczone na finansowanie z uwzględnieniem poniższych priorytetów na rok 2020 (właściwe podkreślić):

1. wsparcie kształcenia ustawicznego dla osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem;
2. wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia;
3. wsparcie zawodowego kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych;
4. wsparcie kształcenia  ustawicznego  w  związku  z  rozwojem  w  firmach  technologii i zastosowaniem wprowadzanych przez firmy narzędzi pracy;
5. wsparcie kształcenia ustawicznego w obszarach/branżach kluczowych dla rozwoju powiatu/województwa wskazanych w dokumentach strategicznych/planach rozwoju;
6. wsparcie realizacji szkoleń dla instruktorów praktycznej nauki zawodu bądź osób mających zamiar podjęcia się tego zajęcia, opiekunów praktyk zawodowych i opiekunów stażu uczniowskiego oraz szkoleń branżowych dla nauczycieli kształcenia zawodowego;
7. wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników zatrudnionych w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego, wskazanych na liście przedsiębiorstw społecznych prowadzonej przez MRPiPS, członków lub pracowników spółdzielni socjalnych lub pracowników Zakładów Aktywności Zawodowej.

**C. INFORMACJE O UCZESTNIKACH KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Pracodawca/y** | **Liczba pracowników** |
| **razem** | **kobiety** |
| Objęci wsparciem ogółem |  |  |  |
| w tym: |
| Według rodzajów wsparcia | Kursy realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą |  |  |  |
| Studia podyplomowe realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą  |  |  |  |
| Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych  |  |  |  |
| badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu,  |  |  |  |
| Ubezpieczenie NNW w związku z podjętym kształceniem |  |  |  |
| Według grup wiekowych | 15 - 24 lata |  |  |  |
| 25 - 34 lata |  |  |  |
| 35 - 44 lata |  |  |  |
| 45 lat i więcej |  |  |  |
| Według wykształcenia | Gimnazjalne i poniżej |  |  |  |
| Zasadnicze zawodowe |  |  |  |
| Średnie ogólnokształcące |  |  |  |
| Policealne i średnie zawodowe |  |  |  |
| Wyższe  |  |  |  |
| Wykonujący pracę w szczególnych warunkach oraz pracę o szczególnym charakterze |  |  |  |
| Wg grup wielkich zawodów i specjalności | przedstawiciele władz publicznych, wyżsi urzędnicy i kierownicy |  |  |  |
| specjaliści |  |  |  |
| technicy i średni personel |  |  |  |
| pracownicy biurowi |  |  |  |
| pracownicy usług i sprzedawcy |  |  |  |
| rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy |  |  |  |
| robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy |  |  |  |
| operatorzy i monterzy maszyn i urządzeń |  |  |  |
| pracownicy przy pracach prostych |  |  |  |
| siły zbrojne |  |  |  |
| bez zawodu |  |  |  |

**D. UZASADNIENIE WYBORU REALIZATORA**

**a1 -** */ wypełnia instytucja szkoleniowa/*

………………………………………………………

 /pieczęć instytucji szkoleniowej/

## INFORMACJA Z INSTYTUCJI SZKOLENIOWEJ O SZKOLENIU

**W RAMACH KFS**

1. Nazwa instytucji szkoleniowej:…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

2.Adres instytucji szkoleniowej:…………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….........

3. Nr telefonu: ........…………………………………………………………………………………………………………………………………………….…....…….

4. Nr fax: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………...

5.Adres e-mail: ……………………………………………………………………………………………………………………………...............................................

6.NIP:…………………………………………………………………………………….………………..REGON:……………………………………………….….…………

7. Rodzaj prowadzonej działalności wg PKD/2007/:…………………………………………………….………………..…………………………………..….…

8. Nazwa szkolenia:………..……………………………………………………………….……………………………................……………………………………

9. Liczba godzin dydaktycznych ogółem: ……………………………………………………………………………..………….………………………………….,

10. Termin szkolenia od …………………………………………………………….do………………………………………………………..………

11. Całkowity koszt szkolenia 1 osoby[[2]](#footnote-2) ( w koszcie szkolenia nie ujmować kosztów związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem oraz dojazdem):……………………………………………….słownie złotych:……………………………….……………………………………..……………………….… ………………………………………………………………………

12. Koszt egzaminu państwowego po szkoleniu (o ile dotyczy): ………..……..….słownie złotych:……………………………………………….

13. Koszt szkolenia 1 osobogodziny : …………………………………..……..….słownie złotych:………………………………………………………….

14. Płatne jednorazowo ………………………… Termin płatności ………………………………………………(maksymalnie do 18 grudnia 2020r.)

 (kwota) (dzień/miesiąc/rok)

.......................................................... ……........…………....................................................................................

*/miejscowość i data/* */stanowisko i podpis osoby uprawnionej ze strony instytucji szkoleniowej/*

**Do wypełnionej informacji proszę dołączyć:**

**1) program szkolenia i/lub zakres egzaminu;**

**2) wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawiony przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących.**

**W przypadku posiadania przez realizatora certyfikatu jakości usług proszę o dołączenia kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem.**

**\* Uwaga: w przypadku kilku realizatorów szkoleń tabelę należy powielać, zgodnie z liczbą realizatorów.**

**a2 -** */ wypełnia organizator studiów podyplomowych/*

………………………………………..

 /pieczęć instytucji/

…………………..…………………………..

 /miejscowość, data/

**Informacja o studiach podyplomowych w ramach KFS**

1. Nazwa i adres organizatora studiów podyplomowych:

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

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

 2. Nr identyfikacji podatkowej NIP………………………………………………………………….…………………………

 3. Nr identyfikacyjny REGON……………………………………………………………………………………….…………

 4. Rodzaj prowadzonej działalności wg PKD 2007.....……………………………………………………………………...…

 5. Kierunek studiów podyplomowych…………….……………………………………………………..………

 6. Termin rozpoczęcia studiów:………………… ……………………..………………………………………………………

 7. Przewidywany termin zakończenia studiów:…………………… ……………………………………………………...…

 8. Liczba semestrów studiów podyplomowych……………………………………………………………..…………….….

 9. Liczba godzin dydaktycznych:…………………………………………….

10. Całkowity koszt studiów [[3]](#footnote-3): …………………….…./słownie: ……………………………………..…………….……….../

11. Płatne jednorazowo do dnia ………….………..………………(maksymalnie do 18 grudnia 2020r.).

 (dzień/miesiąc/rok)

……………………………….…………………………………………………

 */ podpis osoby uprawnionej ze strony organizatora studiów podyplomowych/*

**Do wypełnionej informacji proszę dołączyć:**

**1) program studiów;**

**2) wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawiony przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących.**

**W przypadku posiadania przez realizatora certyfikatu jakości usług proszę o dołączenia kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem.**

**\* Uwaga: w przypadku kilku organizatorów studiów tabelę należy powielać, zgodnie z liczbą organizatorów.**

**B -** */ wypełnia pracodawca/*

|  |  |
| --- | --- |
| Informacja o porównywalnych ofertach usług: - realizator,- nazwa usługi, - cena rynkowa. ***(minimum 1 oferta - o ile to możliwe)*** | 1)2) |
| Uzasadnienie wyboru danego realizatora: |

**\* Uwaga: w przypadku kilku realizatorów usług tabelę należy powielać, zgodnie z liczbą realizatorów.**

………………………………… ………………………………………………

(miejscowość, data)(pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

do reprezentowania pracodawcy)

**Oświadczam, że zapoznałem się z *Zasadami przyznawania pracodawcy środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego w Powiatowym Urzędzie Pracy w Gostyninie.***

………………………………… ………………………………………………

(miejscowość, data)(pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

do reprezentowania pracodawcy)

**E. ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU**

1. Oświadczenie wnioskodawcy - Załącznik–nr 1.
2. Oświadczenie o otrzymanej pomocy de minimis - Załącznik–nr 2.
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis
 Załącznik nr 3 i 3a - stanowi:

- załącznik nr 1 do Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 października 2014r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu informacji przedstawianych przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis (Dz. U. z 2014 r. poz. 1543)
w przypadku gdy podmiot ubiega się o pomoc de minimis w sektorze innym niż rolnictwo i rybołówstwo

**lub**

- załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis
w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz. U. nr 121, poz. 810) w przypadku gdy podmiot ubiega się o pomoc de minimis w sektorze rolnictwa lub rybołówstwa.

1. **Tabela nr 1 dotycząca uczestnika szkolenia ustawicznego (należy powielić i wypełnić dla każdego uczestnika odrębnie) – Załącznik nr 4.**
2. Oświadczenie pracodawcy w przypadku wyboru priorytetu I MRPiPS – Załącznik nr 5.
3. Oświadczenie pracodawcy w przypadku wyboru priorytetu II MRPiPS – Załącznik nr 6.
4. Oświadczenie pracodawcy w przypadku wyboru priorytetu IV MRPiPS – Załącznik nr 7.
5. Informacja o przetwarzaniu danych osobowych dla Pracodawcy - Załącznik nr 8.
6. Informacja o przetwarzaniu danych osobowych dla Pracownika - Załącznik nr 9.
7. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych dla każdego uczestnika kształcenia ustawicznego - Załącznik nr 10.
8. Kopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności - w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
9. Program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu (dla każdego szkolenia).
10. Kopia certyfikatu jakości wybranego realizatora usług.
11. Pełnomocnictwo do reprezentowania Pracodawcy – pełnomocnictwo nie jest wymagane, jeżeli upoważnienie osoby podpisującej wniosek wynika z wpisu do KRS, z wpisu do CEDG, aktu założycielskiego lub przepisu.
12. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawiony przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących.

**UWAGA**

Powiatowy Urząd Pracy zastrzega sobie prawo żądania dodatkowych dokumentów, niewymienionych w powyższych załącznikach, pozwalających na rozstrzygnięcie ewentualnych wątpliwości niezbędnych do rozpatrzenia wniosku.

**H. WYPEŁNIA POWIATOWY URZĄD PRACY W GOSTYNINIE**

Wniosek:

Przyjęty \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Przyjęty po negocjacjach z pracodawcą:

Ustalenia z negocjacji\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Odesłany do poprawy/uzupełnienia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pozostawiony bez rozpatrzenia ze względu na:

* niepoprawienie wniosku we wskazanym terminie
* niedołączenie załączników wymaganych zgodnie z § 5 ust. 2 rozporządzenia

Odrzucony ze względu na:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SKŁAD KOMISJI:**

*Przewodnicząca Komisji*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Wiceprzewodnicząca Komisji:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Członek Komisji:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Członek Komisji – sekretarz:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 data

**Decyzja Starosty Gostynińskiego/Osoby upoważnionej do załatwienia spraw w imieniu Starosty Gostynińskiego:**

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam\* zgody na sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy w wysokości \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ %, tj. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 data pieczęć i podpis

\* niepotrzebne skreślić

1. 1\*właściwe zaznaczyć

*Mikroprzedsiębiorca - przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki: zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 2 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 milionów euro.*

*Mały przedsiębiorca - przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki: zatrudniał średniorocznie mniej niż 50 pracowników oraz osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 10 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 10 milionów euro i który nie jest mikroprzedsiębiorca.*

*Średni przedsiębiorca - przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym roku z dwóch ostatnich lat obrotowych spełniał łącznie następujące warunki: zatrudniał średniorocznie mniej niż 250 pracowników oraz osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz z operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 50 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 43 milionów euro i który nie jest mikroprzedsiębiorcą ani małym przedsiębiorcą.*

*Inne przedsiębiorstwo – to przedsiębiorstwo, które nie kwalifikuje się do żadnej z ww. kategorii przedsiębiorstw.*

2 Środki KFS mają wspierać pracodawców inwestujących w kształcenie osób pracujących. Ustawowo określono wysokość tego wsparcia: 1) regułą jest, że 80% kosztów kształcenia ustawicznego sfinansuje KFS, pracodawca pokryje 20% kosztów; 2) 100% kosztów kształcenia ustawicznego mogą sfinansować ze środków KFS mikroprzedsiębiorstwa. [↑](#footnote-ref-1)
2. Zgodnie z przepisem §3 ust. 1 pkt 14 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 20 grudnia 2013 roku w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług oraz warunków stosowania tych zwolnień, zwolniono z podatku VAT usługi kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania zawodowego, sfinansowane w co najmniej 70% ze środków publicznych oraz świadczenie usług i dostawę towarów ściśle z tymi usługami związane. [↑](#footnote-ref-2)
3. Zgodnie z przepisem §3 ust. 1 pkt 14 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 20 grudnia 2013 roku w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług oraz warunków stosowania tych zwolnień, zwolniono z podatku VAT usługi kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania zawodowego, sfinansowane w co najmniej 70% ze środków publicznych oraz świadczenie usług i dostawę towarów ściśle z tymi usługami związane. [↑](#footnote-ref-3)