Załącznik 12

**Wykaz osób i zakres wsparcia osób planowanych do objęcia działaniami finansowymi  
z udziałem środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **WYKAZ OSÓB I ZAKRES WSPARCIA\*** | | | planowane działania dla poszczególnych osób \*\* | | | | | | | Całkowita kwota wsparcia KFS na danego pracownika |
| lp. uczestnika | \* proszę odpowiednio dodać lub usunąć rzędy aby uwzględnić wszystkie osoby \*\* proszę odpowiednio dodać lub usunąć kolumny aby uwzględnić wszystkie działania \*\*\* jako rodzaj należy wskazać czy jest to kurs, studia podyplomowe, badania czy NNW, zaś jako nawę należy podać nazwę kursu/ studiów/egzaminu oraz rodzaj badań lub ubezpieczenia NNW | | *"rodzaj i nazwa działania" \*\*\* TAK/NIE* | *"rodzaj i nazwa działania" \*\*\* TAK/NIE* | *"rodzaj i nazwa działania" \*\*\* TAK/NIE* | *"rodzaj i nazwa działania" \*\*\* TAK/NIE* | *"rodzaj i nazwa działania" \*\*\* TAK/NIE* | *"rodzaj i nazwa działania" \*\*\* TAK/NIE* | *"rodzaj i nazwa działania" \*\*\* TAK/NIE* |
| 1. | płeć | rodzaj umowy / wykonywany zawód oraz zakres obowiązków |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| poziom wykształcenia | plany dot. dalszego zatrudnienia |
|  |  |
| pracownik wykonuje pracę w szczególnych warunkach TAK / NIE |
|  | uzasadnienie objęcia wnioskowanym wsparciem |
| pracownik wykonuje pracę o szczególnym charakterze TAK / NIE |  |
|  |
|  |
| miejsce świadczenia pracy (miejscowość / powiat / województwo) |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **WYKAZ OSÓB I ZAKRES WSPARCIA\*** | | | planowane działania dla poszczególnych osób \*\* | | | | | | | Całkowita kwota wsparcia KFS na danego pracownika |
| lp. uczestnika | \* proszę odpowiednio dodać lub usunąć rzędy aby uwzględnić wszystkie osoby \*\* proszę odpowiednio dodać lub usunąć kolumny aby uwzględnić wszystkie działania \*\*\* jako rodzaj należy wskazać czy jest to kurs, studia podyplomowe, badania czy NNW, zaś jako nawę należy podać nazwę kursu/ studiów/egzaminu oraz rodzaj badań lub ubezpieczenia NNW | | *"rodzaj i nazwa działania" \*\*\* TAK/NIE* | *"rodzaj i nazwa działania" \*\*\* TAK/NIE* | *"rodzaj i nazwa działania" \*\*\* TAK/NIE* | *"rodzaj i nazwa działania" \*\*\* TAK/NIE* | *"rodzaj i nazwa działania" \*\*\* TAK/NIE* | *"rodzaj i nazwa działania" \*\*\* TAK/NIE* | *"rodzaj i nazwa działania" \*\*\* TAK/NIE* |
| 2. | płeć | wykonywany zawód oraz zakres obowiązków |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| poziom wykształcenia | plany dot. dalszego zatrudnienia |
|  |  |
| pracownik wykonuje pracę w szczególnych warunkach TAK / NIE |
|  | uzasadnienie objęcia wnioskowanym wsparciem |
| pracownik wykonuje pracę o szczególnym charakterze TAK / NIE |  |
|  |
|  |
| miejsce świadczenia pracy (miejscowość / powiat / województwo) |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **WYKAZ OSÓB I ZAKRES WSPARCIA\*** | | | planowane działania dla poszczególnych osób \*\* | | | | | | | Całkowita kwota wsparcia KFS na danego pracownika |
| lp. uczestnika | \* proszę odpowiednio dodać lub usunąć rzędy aby uwzględnić wszystkie osoby \*\* proszę odpowiednio dodać lub usunąć kolumny aby uwzględnić wszystkie działania \*\*\* jako rodzaj należy wskazać czy jest to kurs, studia podyplomowe, badania czy NNW, zaś jako nawę należy podać nazwę kursu/ studiów/egzaminu oraz rodzaj badań lub ubezpieczenia NNW | | *"rodzaj i nazwa działania" \*\*\* TAK/NIE* | *"rodzaj i nazwa działania" \*\*\* TAK/NIE* | *"rodzaj i nazwa działania" \*\*\* TAK/NIE* | *"rodzaj i nazwa działania" \*\*\* TAK/NIE* | *"rodzaj i nazwa działania" \*\*\* TAK/NIE* | *"rodzaj i nazwa działania" \*\*\* TAK/NIE* | *"rodzaj i nazwa działania" \*\*\* TAK/NIE* |
| 3. | płeć | wykonywany zawód oraz zakres obowiązków |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| poziom wykształcenia | plany dot. dalszego zatrudnienia |
|  |  |
| pracownik wykonuje pracę w szczególnych warunkach TAK / NIE |
|  | uzasadnienie objęcia wnioskowanym wsparciem |
| pracownik wykonuje pracę o szczególnym charakterze TAK / NIE |  |
|  |
|  |
| miejsce świadczenia pracy (miejscowość / powiat / województwo) |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **WYKAZ OSÓB I ZAKRES WSPARCIA\*** | | | planowane działania dla poszczególnych osób \*\* | | | | | | | Całkowita kwota wsparcia KFS na danego pracownika |
| lp. uczestnika | \* proszę odpowiednio dodać lub usunąć rzędy aby uwzględnić wszystkie osoby \*\* proszę odpowiednio dodać lub usunąć kolumny aby uwzględnić wszystkie działania \*\*\* jako rodzaj należy wskazać czy jest to kurs, studia podyplomowe, badania czy NNW, zaś jako nawę należy podać nazwę kursu/ studiów/egzaminu oraz rodzaj badań lub ubezpieczenia NNW | | *"rodzaj i nazwa działania" \*\*\* TAK/NIE* | *"rodzaj i nazwa działania" \*\*\* TAK/NIE* | *"rodzaj i nazwa działania" \*\*\* TAK/NIE* | *"rodzaj i nazwa działania" \*\*\* TAK/NIE* | *"rodzaj i nazwa działania" \*\*\* TAK/NIE* | *"rodzaj i nazwa działania" \*\*\* TAK/NIE* | *"rodzaj i nazwa działania" \*\*\* TAK/NIE* |
| 4. | płeć | wykonywany zawód oraz zakres obowiązków |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| poziom wykształcenia | plany dot. dalszego zatrudnienia |
|  |  |
| pracownik wykonuje pracę w szczególnych warunkach TAK / NIE |
|  | uzasadnienie objęcia wnioskowanym wsparciem |
| pracownik wykonuje pracę o szczególnym charakterze TAK / NIE |  |
|  |
|  |
| miejsce świadczenia pracy (miejscowość / powiat / województwo) |
|  |

……………………………………………………  
Data, podpis i pieczęć pracodawcy  
 lub osoby upoważnionej