**Załącznik nr 1**

**Zbiorczy wykaz osób, które moją zostać objęte działaniami w zakresie kształcenia ustawicznego w ramach wniosku o sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Imię i nazwisko** | **PESEL** |
|  | ................................................. | ................................................. |
|  | ................................................. | ................................................. |
|  | ................................................. | ................................................. |
|  | ................................................. | ................................................. |
|  | ................................................. | ................................................. |
|  | ................................................. | ................................................. |
|  | ................................................. | ................................................. |
|  | ................................................. | ................................................. |
|  | ................................................. | ................................................. |
|  | ................................................. | ................................................. |
|  | ................................................. | ................................................. |
|  | ................................................. | ................................................. |
|  | ................................................. | ................................................. |
|  | ................................................. | ................................................. |
|  | ................................................. | ................................................. |
|  | ................................................. | ................................................. |
|  | ................................................. | ................................................. |
|  | ................................................. | ................................................. |
|  | ................................................. | ................................................. |
|  | ................................................. | ................................................. |

**Szczegółowe informacje dotyczące pracownika/pracodawcy przewidzianego do objęcia kształceniem ustawicznym[[1]](#footnote-1)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **PESEL** | **Nazwa zajmowanego stanowiska** |
| .............................. | ..................................... | ........................... |
| **Okres zatrudnienia:** | Umowa o pracę zawarta na okres od ...................... do ...................... |
| **Nazwa wielkiej grupy zawodów** |
| [ ]  Przedstawiciele władz publicznych, wyżsi urzędnicy i kierownicy[ ]  Specjaliści[ ]  Technicy i inny średni personel[ ]  Pracownicy biurowi[ ]  Pracownicy usług osobistych i sprzedawcy | [ ]  Rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy[ ]  Robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy[ ]  Operatorzy i monterzy maszyn i urządzeń[ ]  Pracownicy przy pracach prostych[ ]  Siły zbrojne |
| **Wiek** | **Wykształcenie** | **Priorytet** |
| [ ]  15-24[ ]  25-34[ ]  35-44[ ]  45 lat i  więcej | [ ]  Gimnazjalne i poniżej[ ]  Zasadnicze  zawodowe[ ]  Średnie  ogólnokształcące[ ]  Policealne i średnie  zawodowe[ ]  Wyższe | [ ]  Wsparcie zawodowego kształcenia ustawicznego w sektorach:  przetwórstwo przemysłowe, transport i gospodarka magazynowa oraz  opieka zdrowotna i pomoc społeczna[ ]  Wsparcie zawodowego kształcenia ustawicznego w  zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach  deficytowych[ ]  Wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które mogą  udokumentować wykonywanie przez co najmniej 15 lat prac w  szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, a którym  nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej |
| Planuje się dalsze zatrudnienie po zakończeniu wsparcia  | [ ]  TAK[ ]  NIE |
| Zatrudnienie w szczególnych warunkach [ ]  TAK[ ]  NIE | Zatrudnienie w szczególnym charakterze  [ ]  TAK [ ]  NIE |
| **Rodzaj działania/ń i jego/ich pełna nazwa lub zakres** | **Termin realizacji** | **Poszczególne koszty na każde działanie** |
| 1. .....................................
 | od: .......... *(dd-mm-rrrr)*do: ............  *(dd-mm-rrrr)* | .................. |
| 1. .....................................
 | od: .............  *(dd-mm-rrrr)*do: .........  *(dd-mm-rrrr)* | ................. |
| 1. .....................................
 | od ...........  *(dd-mm-rrrr)*do: .............  *(dd-mm-rrrr)* | ................ |
| 1. .....................................
 | od: ...........  *(dd-mm-rrrr)*do: ........... *(dd-mm-rrrr)* | ............... |
| 1. .....................................
 | od: ............  *(dd-mm-rrrr)*do: ................  *(dd-mm-rrrr)* | ............... |
| **Całkowita wysokość wydatków na kształcenie ustawiczne:**(suma poszczególnych kosztów na każde działanie) | .............. |



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

(imię i nazwisko osoby przewidzianej do objęcia kształceniem ustawicznym)

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

(PESEL)

1. **OŚWIADCZENIE**
2. **O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dotyczących mojej osoby przez Powiatowy Urząd Pracy w Pszczynie zawartych we „Wniosku o sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy” dla celów związanych
z rozpatrzeniem wniosku o sfinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników
i pracodawców, zawarciem oraz realizacją umowy, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków
z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2014 r. poz. 639), w szczególności w zakresie dokumentowania przez pracodawcę przeprowadzenia poszczególnych form kształcenia ustawicznego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922). Jednocześnie oświadczam, że jestem świadoma/-y dobrowolności podania danych, jednakże odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości wsparcia w ramach KFS. Zostałam/-em poinformowana/-y o prawie dostępu do treści tych danych oraz możliwości ich poprawiania.

Dane objęte przetwarzaniem obejmują: imię i nazwisko, PESEL, nazwę zajmowanego stanowiska, wykształcenie, przynależność do grupy zawodów.

 (data i czytelny podpis)

1. **UWAGA! Należy sporządzić odrębnie, w odniesieniu do każdego pracownika/pracodawcy** [↑](#footnote-ref-1)