**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)