**Załącznik 5**

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE MAJĄ ZOSTAĆ OBJĘTE DZIAŁANIAMI FINANSOWANYMI Z UDZIAŁEM ŚRODKÓW
KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Nazwa stanowiska/ zawodu** | **Numer priorytetu wydatkowania środków** /np. 1 - zgodnie z oświadczeniem złożonym we wniosku/***Należy obligatoryjnie wskazać jeden priorytet MRPiPS*** | **Okres obowiązywania umowy o pracę****(od – do)**/np. na czas nieokreślony od dnia … lub na czas określony od … do .../ | **Rodzaj umowy o pracę****oraz wymiar czasu pracy**/np. okres próbny, ½ etatu/ | **Osoba wykonuje pracę** **w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze w rozumieniu odrębnych przepisów**TAK/NIE**\*** | **Forma kształcenia**/podać nazwę szkolenia/ kursu/ egzaminu/ kierunek studiów podyplomowych/ | **Koszt danej formy kształcenia** | **Osoba korzystała** **z kształcenia ustawicznego ze środków KFS w danym roku**TAK/NIE**\***/w przypadku odpowiedzi TAK należy podać kwotę, jaka była przeznaczona na daną osobę/ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*\* należy wpisać TAK lub NIE*

………………………………….. …………………………………………

 (*miejscowość i data)* *(pieczątka i podpis pracodawcy
 lub osoby upoważnionej do
 reprezentowania pracodawcy)*