**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)*