**Informacje szczegółowe** dotyczące działań i wydatków na kształcenie ustawiczne pracowników/pracodawcy

(*złożyć tylko wypełnione części załącznika*):

 **KARTA DZIAŁANIA ZAŁĄCZNIK Nr 1a**

do wniosku o dofinansowanie ze środków KFS

**Kursy (**każdy kurs na osobnym załączniku, do wniosku musi być załączony „Program kształcenia” wybranej oferty kursu – Załącznik 3**)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Oferta wybrana do realizacji** | Nazwa szkolenia  | Planowany termin szkolenia (od.. do..) | **Miejsce realizacji i jego forma (stacjonarne, e-learningowe)** | **Wykonawca usługi** **(nazwa i adres siedziby****NIP, REGON, PKD)**  | **Certyfkaty jakości usług** i jakie posiada wykonawca(kopia certyfikatu w załączeniu do wniosku) | **Dokument,** na podstawie którego prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego**1)** | **Koszt szkolenia jednej osoby**(VAT zwolniony) | **Ilość osób** | **Całkowita wysokość wydatków w zł**(VAT zwolniony) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Uzasadnienie wyboru realizatora usługi: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

* **Porównanie złożonych w rozpoznaniu rynku ofert *(minimum 2 - jeżeli występują na rynku, nie należy dołączać programów tych ofert)***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Nazwa szkolenia  | Ilość godzin dydaktycznych | **i termin realizacji szkolenia (od.. do..)** | **Miejsce i forma****realizacji** | **Wykonawca usługi (nazwa i siedziba)** | **Certyfkaty jakości usług** i jakie posiada wykonawca | **Koszt szkolenia jednej osoby****(bez VAT)** | **Ilość osób** | **Całkowita wysokość wydatków w zł****(bez VAT)** |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Należy wpisać nazwę oraz dołączyć kopię dokumentu, na podstawie którego organizator kształcenia prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego, jeżeli informacja ta nie jest dostępna w publicznych rejestrach elektronicznych (w przypadku rejestru podać jego nazwę).

……………………………… ……………..………………………

 Data /pieczątka i podpis osoby upoważnionej/

 **KARTA DZIAŁANIA ZAŁĄCZNIK Nr 1b**

do wniosku o dofinansowanie ze środków KFS

**Studia podyplomowe (**do wniosku musi być załączony „Program kształcenia” wybranej oferty studiów – Załącznik 3**)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Oferta wybrana do realizacji** | **Kierunek studiów podyplomowych** | **Planowany termin realizacji studiów (od.. do..)** |  **Wykonawca usługi** **(nazwa i adres siedziby****NIP, REGON, PKD)**  | **Certyfkaty jakości usług** i jakie posiada wykonawca(kopia certyfikatu w załączeniu do wniosku) | **Koszt studiów dla jednej osoby**(VAT zwolniony) | **Ilość osób** | **Całkowita wysokość wydatków w zł**(VAT zwolniony) |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Uzasadnienie wyboru realizatora usługi: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

* **Porównanie złożonych w rozpoznaniu rynku ofert *(minimum 1 - jeżeli występuje na rynku)***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.****Oferty porówny- wane**  | **Kierunek studiów podyplomowych** | **Planowany termin realizacji studiów**  **(od.. do..)** | **Wykonawca usługi (nazwa i siedziba)** | **Koszt studiów dla jednej osoby****(bez VAT)** | **Ilość osób** | **Całkowita wysokość wydatków w zł****(bez VAT)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

……………………………… ………. ……………………………

 Data /pieczątka i podpis osoby upoważnionej/

**KARTA DZIAŁANIA ZAŁĄCZNIK Nr 1c**

do wniosku o dofinansowanie ze środków KFS

 **Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych**

**(**do wniosku musi być załączony „Zakres egzaminu” – Załącznik 4**)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj egzaminu (zakres)** | **Planowany termin przeprowadzenia egzaminu****(od.. do..)** | **Wykonawca usługi** **(nazwa i adres siedziby****NIP, REGON, PKD)**  | **Koszt egzaminu dla jednej osoby**(VAT zwolniony) | **Ilość osób** | **Całkowita wysokość wydatków w zł**(VAT zwolniony) |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj badań (lekarskich, psychologicznych)**  | **Termin przeprowadzenia badań****(od.. do..)** | **Wykonawca usługi** **(nazwa i adres siedziby****NIP, REGON, PKD)**  | **Koszt badań dla jednej osoby** | **Ilość osób** | **Całkowita wysokość wydatków w zł** |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Ubezpieczenia NNW w związku z podjętym kształceniem**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków -zakres** | **Data ubezpieczenia (od.. do..)** | **Wykonawca usługi** **(nazwa i adres siedziby****NIP, REGON, PKD)**  | **Koszt ubezpieczenia NNW dla jednej osoby** | **Ilość osób** | **Całkowita wysokość wydatków w zł** |
|  |  |  |  |  |  |  |

……………………………… ………….……………………

 Data /pieczątka i podpis osoby upoważnionej/