**ZAŁĄCZNIK nr 1**

**Szczegółowe informacje dotyczące realizacji działań kształcenia ustawicznego -** należy uzupełnić dla każdej formy oddzielnie,dotyczy: kursu, studiów podyplomowych, egzaminu – *należy wybrać formę, pozostałe skreślić*,   
nazwa: ……………………………………………………………………………………………………  
………………………………………………………...…………………………………………….……

1. **Priorytety wydatkowania Krajowego Funduszu Szkoleniowego w 2024 r., określone przez Ministra właściwego ds. Pracy–** **musi być spełniony jeden z priorytetów - proszę podkreślić jeden z wymienionych** (**Priorytety oznaczone \* wymagają oświadczenia – druki do pobrania w załączeniu):**

1. Wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii   
i narzędzi pracy.\*

2. Wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie zawodach deficytowych – zgodnie z barometrem zawodów.\*

3. Wsparcie kształcenia ustawicznego osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej

ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem oraz osób będących członkami rodzin wielodzietnych.\*

4. Wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie umiejętności cyfrowych.

5. Wsparcie kształcenia ustawicznego osób pracujących w branży motoryzacyjnej (dodatkowe informacje w wyjaśnieniu do priorytetu 5).

6. Wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia.

7. Wsparcie kształcenia ustawicznego skierowane do pracodawców zatrudniających cudzoziemców.\*

8. Wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie zarządzania finansami i zapobieganie sytuacjom kryzysowym w przedsiębiorstwach.

1. **Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego, przy uwzględnieniu obecnych   
   i przyszłych potrzeb pracodawcy oraz obowiązujących priorytetów –** w odniesieniu do wybranej formy kształcenia – proszę uzasadnić w punktach – krótko, treściwie i w odniesieniu do wyżej wymienionej formy kształcenia:
2. ……………………………………………...………………………………………..………...…….

……………………………………………...………………………………………..………...…….……………………………………………...………………………………………..………...…….

1. ………………...…………………………………………………………………...………...………

……………………………………………...………………………………………..………...…….……………………………………………...………………………………………..………...…….

1. ……………………………………………...………………………………………..……....………

……………………………………………...………………………………………..………...…….……………………………………………...………………………………………..………...…….

1. **Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osoby/osób (dotyczy tylko osób, które będą objęte ww. kształceniem finansowanym z środków KFS) należy podkreślić wybraną odpowiedź oraz uzupełnić, w przypadku pracodawcy należy podać plany dot. działania przedsiębiorstwa w przyszłości:**
2. Pracownik/pracownicy są zatrudnieni na umowę o pracę: dot. …………..……… os., na: ………..………... etat (należy podać wymiar etatu: cały, ½) i planowane jest dalsze zatrudnienie powyżej 6 miesięcy (dot. ilu osób?) …….………; dodatkowe inf.: …….……………………………………………………………………
3. Pracownik/pracownicy są zatrudnieni na umowę o pracę dot. …………..……… os., na: ………..………... etat (należy podać wymiar etatu: cały, ½) i planowane jest dalsze zatrudnienie poniżej 6 miesięcy (dot. ilu osób?) ………………… dodatkowe inf.: ………….……………….…………………………………………
4. Dotyczy pracodawcy:
5. pracodawca planuje prowadzenie działalności gospodarczej przez co najmniej sześć miesięcy: TAK / NIE
6. kształcenie przyczyni się do dalszego rozwoju firmy: TAK / NIE
7. Dodatkowe informacje: …………………………………………...………………………………

……………………………………………………………………...……………………………………...………

………………………………………………………………………...…………………………………...………………...……………………………………………………………….………………..…………………………

**IV. Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego finansowanej ze środków KFS** **–**w odniesieniu do wybranej formy kształcenia:

***Do załącznika nr 1 - dot. wybranej oferty - należy dołączyć: program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu, certyfikat jakości dot. wybranej formy kształcenia oraz wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestnika, wystawianego przez realizatora wybranej usługi*** *, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących.*

1. Posiadane przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego **certyfikaty jakości** oferowanych usług (dot. wybranego kształcenia) nazwa dokumentu – *kserokopię dokumentu należy dołączyć do załącznika nr 1:*

………………………………………………………………………………………………..……………...

1. W przypadku kursów – nazwa dokumentu, na podstawie którego wybrany realizator prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego (wpis do RIS nie jest potwierdzeniem):

……………………………………………………………………………………………………...

*Uwaga! Kształcenie ustawiczne musi być przeprowadzone przez uprawnionych usługodawców. W zależności od formy prawnej   
są to instytucje świadczące usługi szkoleniowe, kształcenie ustawiczne, posiadające wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji   
o Działalności Gospodarczej (CEIDG) lub Krajowego Rejestru Sądowego (KRS), w których zawarte jest określenie zgodnie   
z Polską Klasyfikacją Działalności (PKD) przedmiotu wykonywanej działalności związane ze świadczeniem usług szkoleniowych w formach pozaszkolnych dla zdobywania, poszerzania lub zmiany kwalifikacji zawodowych i specjalistycznych przez osoby dorosłe. Dotyczy to również instytucji prowadzących ww. działalność (edukacyjną/szkoleniową) na podstawie odrębnych przepisów.*

1. **Nazwa dokumentu** potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestnika/ów, wystawianego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego - *kserokopię dokumentu należy dołączyć   
   do załącznika nr 1*: …..…………………………………………………………………………………..
2. Miejsce odbywania zajęć: …………………………………..……………………………………………….
3. Porównanie ofert rynkowych - ***oświadczam, że dokonałam(em) rozeznania rynku niżej wymienionych usług, uwzględniając że są one finansowane z środków publicznych:***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| WYSZCZEGÓLNIENIE | WYBRANA OFERTA | INNA OFERTA  DO PORÓWNANIA | INNA OFERTA  DO PORÓWNANIA |
| Źródło uzyskania informacji np. złożona oferta przez instytucję szkoleniową, strona www – należy podać adres strony itp. |  |  |  |
| NAZWA I ADRES  Instytucji Szkoleniowej/ Instytucji Egzaminującej/ Uczelni |  |  |  |
| NAZWA KSZTAŁCENIA |  |  |  |
| CENA KSZTAŁCENIA  (bez VAT) |  |  |  |
| LICZBA GODZIN  przypadająca na jednego uczestnika |  |  |  |
| Czy posiada certyfikat jakości oferowanych usług kształcenia (TAK/NIE) |  |  |  |

***Ważne: należy podać ceny bez VAT, bez kosztów: zakwaterowania, wyżywienia, dojazdu, materiałów otrzymywanych   
na własność.***

....................................... ........................................................... data podpis/pieczątka pracodawcy