 **Załącznik nr 4 – Rezerwa KFS**

**Program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu**

Nazwa i siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

NIP:………………………….…. Regon:….……..….….…….…… PKD:…….….....……………...

Posiadane certyfikaty jakości usług:

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

Dokument, na podstawie którego prowadzone są pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego (dotyczy kursów):

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

|  |
| --- |
| Nazwa kształcenia ustawicznego: |
| Termin, czas trwania, liczba godzin zajęć i sposób organizacji kształcenia ustawicznego: |
| Miejsce kształcenia ustawicznego (wskazać adres realizacji): |
| Wymagania wstępne dla uczestników kształcenia ustawicznego : |
| Cele kształcenia ustawicznego: |
| Plan nauczania z określeniem tematów zajęć edukacyjnych oraz ich wymiar z uwzględnieniem części teoretycznej i praktycznej: |
| Opis treści kształcenia ustawicznego: |
| Wykaz literatury oraz niezbędnych środków dydaktycznych: |
| Przewidziane sprawdziany i egzaminy końcowe:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..Informacja o rodzajach otrzymanych dokumentów po ukończonym kształceniu ustawicznym: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………; *należy załączyć wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawianego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących* |
| Całkowity koszt szkolenia (*bez kosztów dojazdu, zakwaterowania, wyżywienia)*: ……………………………………………………………………….……………………………………………………………; w tym koszt szkolenia na 1 osobę: ……….…………………………………………..…………………………….(*Urząd pracy pokrywa jedynie koszty kursów/studiów podyplomowych/egzaminów - jeżeli występują koszty dojazdu, zakwaterowania, wyżywienia, należy je podać oddzielnie)* |

……………………………………

 (data i miejscowość)

…………………………………………………..

 **podpis i pieczęć imienna upoważnionego**

**przedstawiciela instytucji szkoleniowej/egzaminującej**

**Oświadczenie pracodawcy**

**Pracodawca nie może otrzymać dofinansowania do usług, świadczonych przez usługodawcę, z którym jest powiązany osobowo lub kapitałowo.** *Przez powiązanie kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między pracodawcą lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu pracodawcy, polegające w szczególności na:*

***a)*** *uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,*

***b)*** *posiadaniu co najmniej 10% udziałów lub akcji;*

***c)*** *pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,*

***d)*** *pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.*

 **W związku z powyższym świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1 Kodeksu karnego oświadczam, iż nie jestem powiązany osobowo lub kapitałowo z wskazanym(wskazanymi) we wniosku realizatorem usług kształcenia ustawicznego.**

 *……………………………………………………………..…….*

***data, podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej
 do reprezentowania Pracodawcy***