

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | logo-KFS-pole ochronne |  |

pieczęć firmowa Pracodawcy data wpływu do PUP

***W N I O S E K***

***o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego***

***pracowników i pracodawców z Krajowego Funduszu Szkoleniowego***

**Podstawa prawna:** *art. 69a i art. 69b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 1265 z późn. zm.).*

*Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018 r. poz. 117).*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE WNIOSKODAWCY – PRACODAWCY** | | | | | | | | |
| Nazwa Pracodawcy | | |  | | | | | |
| Adres siedziby | | |  | | | | | |
| Adres miejsca prowadzenia działalności | | |  | | | | | |
| Forma prawna prowadzonej  działalności (spółdzielnia, spółka  działalność indywidualna, inna) | | |  | | | | | |
| Numer identyfikacji podatkowej NIP | | |  | | Numer identyfikacyjny REGON | | |  |
| Numer działalności gospodarczej według PKD z opisem | | |  | | Numer ewidencyjny PESEL ( w przypadku osoby fizycznej) | | |  |
| Wielkość przedsiębiorstwa *(jeśli dotyczy)*  1) Mikro przedsiębiorstwa definiuje się jako przedsiębiorstwa, które: zatrudniają mniej niż 10 pracowników oraz spełniają jeden z następujących warunków: roczne obroty nie przekraczają 2 milionów EURO, lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EURO,  2) Małe przedsiębiorstwa definiuje się jako przedsiębiorstwa, które: zatrudniają mniej niż 50 pracowników, oraz spełniają jeden z następujących warunków: - roczne obroty nie przekraczają 10 milionów EURO, lub - roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EURO,  3) Średnie przedsiębiorstwa definiuje się jako przedsiębiorstwa, które: a) zatrudniają mniej niż 250 pracowników, oraz spełniają jeden z następujących warunków: roczne obroty nie przekraczają 50 milionów EURO, lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EURO. | | | | | | | | * mikro * małe * średnie * duże * nie dotyczy |
| Liczba zatrudnionych pracowników  Należy podać liczbę pracowników, którzy u Pracodawcy świadczą pracę na podstawie:   1. stosunku pracy, tj. zatrudnionych zgodnie z kodeksem pracy, na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru,  mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę, 2. stosunku służbowego, 3. umowy o pracę nakładczą. | | | | | | | |  |
| Numer rachunku bankowego | | 🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 🗌🗌🗌🗌 | | | | | | |
| **OSOBA UPOWAŻNIONA DO REPREZENTACJI I PODPISYWANIA WNIOSKOWANEJ UMOWY (**Dane osoby (osób), która zgodnie z dokumentem rejestracyjnym (ewidencyjnym) lub pełnomocnictwem jest upoważniona do reprezentowania Pracodawcy i podpisywania umów, w tym zaciągania zobowiązań finansowych **(**pełnomocnictwo należy dołączyć do wniosku) | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko |  | | | Stanowisko służbowe | | |  | |
| Imię i nazwisko |  | | | Stanowisko służbowe | | |  | |
| **OSOBA UPOWAŻNIONA DO KONTAKTU** | | | | | | | | |
| Imię i Nazwisko |  | | | Stanowisko służbowe | | |  | |
| Tel./ Fax |  | | | e-mail | | |  | |
| **CAKŁOWITA WARTOŚĆ PLANOWANYCH DZIAŁAŃ KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**  Wysokość wsparcia dla Wnioskodawcy może wynosić:   1. **80%** kosztów kształcenie ustawicznego sfinansuje KFS, nie więcej jednak niż do wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika, pracodawca pokryje 20% kosztów; 2. **100%** kosztów kształcenia ustawicznego – jeśli należy do grupy mikroprzedsiębiorców, nie więcej jednaj niż do wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika. | | | | | | | | |
| Całkowita wysokość wydatków, która zostanie poniesiona na działania związane z kształceniem ustawicznym | | | | | |  | | |
| Kwota wnioskowana z KFS | | | | | |  | | |
| Kwota wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę | | | | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACJE DOTYCZĄCE OSÓB I DZIAŁAŃ DO SFINANSOWANIA Z UDZIAŁEM KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO** | | | | | | | |
| **Wyszczególnienie** | | **Liczba osób objętych kształceniem ustawicznym** | | | **Wysokość wydatków w 2019 r.** | | |
|  |  | | **ogółem** | **w tym KFS** | **w tym wkład własny** |
| **pracodawca** | **pracownicy** | |
| **razem** | **kobiety** |
| **Według rodzajów wsparcia** | kursy |  |  |  |  |  |  |
| studia podyplomowe |  |  |  |  |  |  |
| egzaminy |  |  |  |  |  |  |
| badania lekarskie i/lub psychologiczne |  |  |  |  |  |  |
| ubezpieczenie NNW |  |  |  |  |  |  |
| określenia potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | | **Liczba osób objętych kształceniem ustawicznym** | | |
| **pracodawca** | **pracownicy** | |
| **razem** | **kobiety** |
| **Według grup**  **Wiekowych** | 15-24 |  |  |  |
| 25-34 |  |  |  |
| 35-44 |  |  |  |
| 45 lat i więcej |  |  |  |
| **Wyszczególnienie** | | **Liczba osób objętych kształceniem ustawicznym** | | |
| **pracodawca** | **pracownicy** | |
| **razem** | **kobiety** |
| **Według wykształcenia** | Gimnazjalne i poniżej |  |  |  |
| Zasadnicze zawodowe |  |  |  |
| Średnie ogólne |  |  |  |
| Policealne i średnie zawodowe |  |  |  |
| Wyższe |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Środki z KFS może otrzymać wnioskodawca spełniający co najmniej jeden z priorytetów Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w roku 2019** | |
| **PRIORYTETYMRPiPS wydatkowania środków KFS w roku 2019**  (proszę zaznaczyć, którym priorytetem kieruje się Pracodawca wnioskując o środki KFS) | 1. ☐ wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych.   Liczba osób……………….   1. ☐ wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które nie posiadają świadectwa dojrzałości.   Liczba osób………………...   1. ☐ wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników pochodzących z grup zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, zatrudnionych w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego, wskazanych na liście przedsiębiorstw społecznych prowadzonej przez MRPiPS, członków lub pracowników spółdzielni socjalnych pochodzących z grup, o których mowa w art. 4 ust 1 ustawy o spółdzielniach socjalnych lub pracowników Zakładów Aktywności Zawodowe.   Liczba osób………………...   1. ☐ wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników, którzy mogą udokumentować wykonywanie przez co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub  o szczególnym charakterze, a którym nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej.   Liczba osób…………….…   1. ☐ wsparcie kształcenia ustawicznego instruktorów praktycznej nauki zawodu, nauczycieli kształcenia zawodowego oraz pozostałych nauczycieli, o ile podjęcie kształcenia ustawicznego umożliwi im pozostanie w zatrudnieniu.   Liczba osób…………….…   1. ☐ wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia.   Liczba osób…………….… |

**PORÓWNANIE OFERT RYNKOWYCH PLANOWANEGO KURSU/STUDIÓW PODYPLOMOWYCH/EGZAMINU/BADAŃ/NNW**

**Oświadczam, że** dokonałem/am rozeznania rynku w/w usług w przedmiotowym zakresie. Racjonalność wydatkowania środków KFS potwierdzam pozyskanymi ofertami (opisanymi w tabeli), które zobowiązuję się udostępnić na każde żądanie urzędu oraz przechowywać przez okres wynikający z umowy.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | OFERTA I  (oferta wybrana przez pracodawcę) | | | | OFERTA II | | OFERTA III |
| **1** | **Nazwa i siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego**  Instytucji Szkoleniowej/Uczelni/Przychodni/ Ubezpieczyciela  Do wniosku należy załączyć wydruk ofert uwzględnionych do porównania | |  | | | |  | |  |
| **2** | **Nazwa kształcenia ustawicznego** | |  | | | |  | |  |
| **3** | **Termin realizacji kształcenia ustawicznego**  **od-do**  **(w przypadku szkoleń termin zakończenia maksymalnie do 30.11.2019 r.)** | |  | | | |  | |  |
| **4** | **Cena usługi kształcenia ustawicznego**  **na 1 uczestnika** | |  | | | |  | |  |
| **5** | **Liczba godzin kształcenia ustawicznego** (na 1 uczestnika) | |  | | | |  | |  |
| **6** | **UZASADNIENIE WYBORU REALIZATORA USŁUGI KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**  **FINANSOWANEJ ZE ŚRODKÓW KFS** | |  | | | | | | |
| **7** | Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego **(należy dołączyć kopię certyfikatów)** | | | |  | | | | |
| **8** | W przypadku kursów należy podać adres publicznego rejestru elektronicznego dotyczącego posiadania dokumentu, na podstawie którego realizator kształcenia ustawicznego prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego lub nazwę posiadanego dokumentu potwierdzającego te uprawnienia **(należy dołączyć kopię dokumentu)** | | | |  | | | | |
| **Liczba uczestników** | | **Cena usługi za całość**  **(netto)** | | **Koszt wkładu własnego Pracodawcy** | | **Koszt dofinansowania z KFS** | | **Miejsce realizacji** | |
|  | |  | |  | |  | |  | |

**/*należy wypełnić odrębnie dla każdej formy kształcenia ustawicznego/***

**INFORMACJA O OSOBACH, KTÓRE BĘDĄ OBJĘTE KSZTAŁCENIEM USTAWICZNYM FINANSOWANYM ZE ŚRODKÓW KFS**

***/należy uzupełnić odrębnie dla każdej osoby przewidzianej do dofinansowania/***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **WYKAZ OSÓB I ZAKRES WSPARCIA** | | | | | | | | | | |
| **LP** | **Pracodawca/Pracownik** | | | | | | | **Nazwa/Kierunek kształcenia ustawicznego**  *(wymienić wszystkie formy kształcenia ustawicznego przewidziane dla danej osoby)* | | **Łączny koszt kształcenia ustawicznego NETTO na jedną osobę** |
|  | **Zajmowane stanowisko**  **i rodzaj wykonywanych prac** |  | | | | | |
| **Posiada egzamin maturalny** | **TAK\*** | | | **NIE\*** | | |
| **Forma zatrudnienia\*\*** |  | | | | | |  | |  |
| **Okres obowiązywania umowy  (od … do …)** |  | | | | | | 1.  2.  3.  4. | | ……………… |
| **Wykonywanie przez pracownika pracy przez co najmniej 15 lat w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze** | | | | | **TAK / NIE** | |  |
| **Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia a w przypadku samego pracodawcy o planach co do działania firmy  w przyszłości.** | | * **umowa na czas nieokreślony** | | | | | ………………..  ………………..  ……………….. |
| * **umowa na czas określony (12 m-cy)** | | | | |
| * **umowa na czas określony (6 m-cy)** | | | | |
| * **inne okresy zatrudnienia** | | | | |
| * **nie planuje dalszego zatrudnienia** | | | | |
| **Uzasadnienie zgodności kompetencji nabytych przez uczestników kształcenia ustawicznego z potrzebami lokalnego lub regionalnego rynku pracy.** | | | | | | |  |
| **Suma:** | |  |
| **Osoba wpisuje się w priorytet – odpowiednio zaznaczyć** | | Priorytet 1 | | Priorytet 2 | | | Priorytet 3 | Priorytet 4 | Priorytet 5 | Priorytet 6 |

\* Niepotrzebne skreślić

\*\* Umowa o pracę / powołania / wyboru / mianowania lub spółdzielcza umowa o pracę

|  |
| --- |
| **UZASADNIENIE WNIOSKU**  Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego, przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy oraz zgodność planowanych działań z określonymi na 2019 rok priorytetami wydatkowania środków KFS (wypełnić zgodnie z wybranym priorytetem). |
|  |

**OŚWIADCZENIA I ZOBOWIĄZANIE WNIOSKODAWCY**

1. Zapoznałem/am się z warunkami określonymi w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018 r., poz. 117) oraz art. 69a i 69b ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2018 r., poz. 1265 z późn. zm.).
2. Zapoznałem/am się z obowiązującymi w Powiatowym Urzędzie Pracy w Ropczycach „Zasadami finansowania kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego ” i zobowiązuję się do przestrzegania ich zapisów***.***
3. **Zalegam/nie zalegam**\* w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych.
4. **Zalegam/nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z opłacaniem innych danin publicznych.
5. **Posiadam/nie posiadam\*** w dniu złożenia wniosku nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych.
6. W okresie do 365 dni przed dniem złożenia wniosku **zostałem / nie zostałem** skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych, jak również **jestem / nie jestem** objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.
7. **Jestem / nie jestem\*** powiązany kapitałowo lub osobowo z podmiotem realizującym usługi szkoleniowe wskazane   
   w niniejszym *Wniosku o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego.*
8. Oświadczam, że **ubiegam/nie ubiegam\*** się o środki z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na wskazanych we wniosku pracowników w innym Urzędzie Pracy.
9. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Ropczycach, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.
10. Osoby objęte kształceniem ustawicznym w ramach KFS nie przebywają na urlopie macierzyńskim, ojcowskim i wychowawczym oraz nie są uczniami.
11. **Jestem/nie jestem\*** przedsiębiorcą zgodnie z ustawą z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców   
    (Dz.U. z 2018 r. poz. 646 z późn.zm.).
12. Nabyta przez Pracodawcę usługa szkoleniowa finansowana w ramach KFS podlega zwolnieniu z VAT, w przypadku gdy ma charakter usługi kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania zawodowego i jest finansowana ze środków publicznych w co najmniej 70%(Dz.U. z 2018 r. poz. 701).
13. Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy **dodatkowego** **oświadczenia** o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy ze Starostą, otrzymam pomoc publiczną
14. Oświadczam, że koszty kształcenia ustawicznego wskazane w niniejszym wniosku nie zawierają kosztów dojazdu, zakwaterowania i wyżywienia.
15. **Jestem/ nie jestem\*** beneficjentem pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2018 r., poz. 362).
16. **Otrzymałem/nie otrzymałem/nie dotyczy \*** decyzji Komisji Europejskiej o obowiązku zwrotu pomocy uzyskanej w okresie wcześniejszym uznającej pomoc za niezgodną w prawem i wspólnym rynkiem.
17. **Otrzymałem/nie otrzymałem/nie dotyczy\*** pomocy de minimis ( z wyłączeniem pomocy w rolnictwie, rybołówstwie i akwakulturze) w wysokości ....................... euro w bieżącym roku podatkowym oraz w ciągu dwóch poprzedzających go latach podatkowych.
18. **Otrzymałem/nie otrzymałem/nie dotyczy\*** pomocy de minimis w rolnictwie w wysokości .................euro w bieżącym roku podatkowym oraz w ciągu dwóch poprzedzających go latach podatkowych.
19. **Otrzymałem /nie otrzymałem/nie dotyczy\*** pomocy de minimis w rybołówstwie i akwakulturze w wysokości .................euro w bieżącym roku podatkowym oraz w ciągu dwóch poprzedzających go latach podatkowych.
20. **Otrzymałem/nie otrzymałem/nie dotyczy \*** pomocy de minimis \*/ pomocy de minimis w rolnictwie \*/, w rybołówstwie i akwakulturze\* w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona wnioskowana pomoc de minimis w wysokości .......................euro z przeznaczeniem na .....................................................................
21. **Otrzymałem/ nie otrzymałem**\* pomocy ze środków publicznych, w tym ze środków z budżetu Unii Europejskiej, udzielonej w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikowanych, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc *de minimis.*
22. **Oświadczam, że osoby które będą uczestniczyć w kształceniu ustawicznym spełniają kryteria   
    w ramach wskazanych priorytetów.**
23. **Klauzula Informacyjna:**

* Administratorem moich danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Ropczycach reprezentowany przez Dyrektora Urzędu; dane kontaktowe: tel. 17 2231 671, e-mail: [jposluszny@pup-ropczyce.pl](mailto:jposluszny@pup-ropczyce.pl);
* dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych to: tel. 17 2231 684, e-mail: [trataj@pup-ropczyce.pl](mailto:trataj@pup-ropczyce.pl);
* celem przetwarzania danych jest: realizacja obowiązków spoczywających na służbach zatrudnienia w zakresie niezbędnym do udzielenia wsparcia i pomocy w realizacji kształcenia ustawicznego finansowanego ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego;
* przetwarzanie danych osobowych **nie** jest oparte o art. 6 ust. 1 lit. f) RODO;
* Pana(i) dane nie będą przekazywane innym instytucjom, odbiorcom danych i osobom trzecim z wyłączeniem podmiotów koniecznych do realizacji celu na podstawie przepisów prawa oraz instytucji kontrolnych uprawnionych do przetwarzania danych na podstawie ustaw szczególnych;
* Administrator nie ma zamiaru przekazywania danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
* okres przechowywania danych osobowych, ze względu na wymogi archiwalne wynosi 10 lat i jest zgodny z ustawą   
  z dnia 14 lipca 1983 o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U.2018.0.217);
* mam prawo żądać od Administratora: dostępu do danych osobowych dotyczących mojej osoby, ich sprostowania oraz (tylko w sytuacji gdy przetwarzanie danych nie następuje w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego   
  z przepisu prawa) ograniczenia przetwarzania, usunięcia i przenoszenia danych;
* mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
* zachodzi dobrowolność podania danych osobowych, z zastrzeżeniem, że podanie danych jest konieczne w celu korzystania ze świadczeń Krajowego Funduszu Szkoleniowego oferowanych przez urząd pracy a odmowa podania powyższych danych będzie wiązać się z rezygnacją świadczenia usług przez tut. urząd;
* Administrator nie będzie wykorzystywał Pana(i) danych do zautomatyzowanego podejmowania decyzji (zautomatyzowanego przetwarzania) w tym profilowania, o którym mowa w art. 22 ust. 1 i 4 RODO.

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych oświadczam, że wszelkie informacje zawarte w niniejszym wniosku i w załączonych do niego dokumentach są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym na dzień złożenia wniosku. Wiarygodność informacji podanych we wniosku i w załączonych do niego dokumentach potwierdzam własnoręcznym podpisem.

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

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

*do reprezentowania pracodawcy)*

\*Niepotrzebne skreślić

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

1. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc *de minimis* (załącznik nr 1).

Formularz wypełnia wnioskodawca prowadzący działalność gospodarczą w rozumieniu art. 2 pkt 17 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej  
(tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 362 ).

1. Program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu - oddzielnie dla każdego kursu/egzaminu   
   (załącznik nr 2).
2. Dokumenty potwierdzające podstawę i formę prawną Wnioskodawcy:

* w przypadku wnioskodawcy podlegającego wpisowi do ewidencji działalności gospodarczej: dokument potwierdzający wpis do EDG (aktualny wydruk ze strony internetowej CEIDG – https://prod.ceidg.gov.pl);
* w przypadku wnioskodawcy podlegającego wpisowi do Krajowego Rejestru Sądowego: dokument potwierdzający wpis do KRS (aktualny wydruk ze strony internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości – <https://ems.ms.gov.pl>);
* w przypadku prowadzenia działalności w formie spółki cywilnej - kserokopia umowy spółki cywilnej oraz pełnomocnictwo do reprezentowania Pracodawcy (pełnomocnictwo nie jest wymagane, jeżeli upoważnienie osoby podpisującej wniosek wynika z aktu założycielskiego spółki lub przepisu);
* w przypadku pozostałych podmiotów: dokumenty potwierdzające formę prawną istnienia organizatora np.: statut, regulamin, uchwała, akt założycielski itp. oraz dokument potwierdzający powołanie na stanowisko kierownika/dyrektora danej jednostki wraz z kserokopią pełnomocnictwa do składania oświadczeń woli;
* przedszkola, szkoły - zaświadczenie o wpisie, o którym mowa w art. 82 ustawy o systemie oświaty np. zaświadczenie o wpisie do ewidencji szkół i placówek niepublicznych.

1. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawionego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących (w przypadku jeżeli ww. wzór wynika z przepisów powszechnie obowiązujących, należy wskazać te przepisy).

**Kserokopie dokumentów przedkładanych w urzędzie powinny być potwierdzone *za zgodność z oryginałem***.

**W przypadku niedołączenia do wniosku wszystkich wymaganych załączników, wniosek pozostawia się bez rozpatrzenia.**

**W przypadku złożenia wniosku wypełnionego nieprawidłowo wyznacza się termin do jego poprawienia. Termin ten ustalany jest indywidualnie i nie może być krótszy niż 7 dni i dłuższy niż 14 dni. Jeżeli wniosek nie zostanie poprawiony w wyznaczonym terminie, pozostawia się go bez rozpatrzenia.**