**Załącznik nr 2 do wniosku**

**Wykaz uczestników kształcenia ustawicznego, o których objęcie finansowaniem z KFS wnioskuje pracodawca**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dotychczas**  **Uzyskane dofinansowanie z KFS na pracownika** | **W 2023** |  |  |  |
| **ogółem** |  |  |  |
| **Termin szkolenia od - do** | |  |  |  |
| **Wnioskowana kwota z KFS ogólnego kosztu kształcenia ustawicznego(jednostkowy) (100% w przypadku mikroprzedsiębiorców a pozostali 80% całkowitych kosztów)** | |  |  |  |
| **Praca w szczególnych warunkach lub szczególnym charakterze (TAK lub NIE)** | |  |  |  |
| **Zajmowane stanowisko pracy, zawód** | |  |  |  |
| **Nazwa Szkolenia oraz**  **Priorytet z którego kierowana jest osoba** | |  |  |  |
| **Podstawa zatrudnienia (rodzaj umowy o pracę) ( jeśli określony to do kiedy )** | |  |  |  |
| **Pracodawca/ pracownik** | |  |  |  |
| **Poziom wykształcenia** | |  |  |  |
| **Imię i Nazwisko uczestnika oraz PESEL** | |  |  |  |
| **L.p.** | |  |  |  |