**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.** |  |  |  |