

**Powiatowy Urząd Pracy**

………………………………….

pieczątka wnioskodawcy

 ul. Okrzei 7

 87–600 Lipno

**WNIOSEK**

**O PRZYZNANIE ŚRODKÓW Z KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO NA KSZTAŁCENIE USTAWICZNE PRACOWNIKÓW I PRACODAWCÓW**

Pracodawca zainteresowany uzyskaniem środków na finansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników
i pracodawcy składa wniosek w powiatowym urzędzie pracy właściwym ze względu na siedzibę pracodawcy
lub miejsce prowadzenia działalności.

1. Nazwa pracodawcy/przedsiębiorcy i adres siedziby ....................................................................................................................................................................................
2. Telefon/faks: .................................................. adres e- mail:...................................................................
3. Miejsce prowadzenia działalności *(jeżeli działalność jest prowadzona w więcej niż jednej miejscowości należy podać pełną listę w formacie: miejscowość, powiat, województwo)*

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

1. Numer identyfikacji podatkowej: ……………………………….............................................................................
2. REGON: …………………………………….
3. Oznaczenie przeważającego rodzaju prowadzonej działalności gospodarczej wg PKD 2007 :……………………
4. Informacja o liczbie zatrudnionych pracowników: ………………………………………………………………...
5. Oznaczenie formy organizacyjno-prawnej działalności: …………………………………………………………..
6. Forma własności: …………………………………………………………………………………………………..
7. Pracodawca jest przedsiębiorcą zgodnie z ustawą z dnia 6 marca 2018r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. poz. 646):  TAK NIE
8. Imię i Nazwisko osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktów z PUP wraz z numerem
telefonu kontaktowego: …………………………………………………………………………………………….
9. Kształceniu ustawicznemu podlegać będzie:

pracodawca/wspólnik spółki cywilnej/jawnej w liczbie: …………………

pracownik w liczbie: ………………..

1. Czy suma środków otrzymanych i wnioskowanych przekroczy równowartość 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na każdego z osób wskazanych w pkt. 12

TAK

 NIE

1. Wskazanie działań, których wydatek dotyczy oraz liczby osób w poszczególnych działaniach z uwzględnieniem przedziałów wiekowych 15-24 lata, 25-34 lata, 35-44 lata, 45 lat i więcej oraz terminy realizacji:
2. Kursy realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą; Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych, Badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu, Określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego w związku z ubieganiem się
o sfinansowanie tego kształcenia ze środków KFS, Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Rodzaj działania** | **Termin realizacji** | **Nazwa instytucji szkoleniowej i miejsce realizacji** | **Przedział wiekowy** | **Liczba osób objętych wsparciem** | **Całkowita wysokość wydatków na działanie** | **Wysokość wkładu własnego****wnoszonego przez pracodawcę** | **Wnioskowana wysokość środków z KFS** |
| 15-24, 25-34, 35-44, 45 i więcej | Ogółem | w tym kobiety |
|  | .........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................……………………………......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  |  |  |  |  |

b) Studia podyplomowe realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Rodzaj działania** | **Termin realizacji** | **Nazwa instytucji szkoleniowej i miejsce realizacji** | **Przedział wiekowy** | **Liczba osób objętych wsparciem** | **Całkowita wysokość wydatków na działanie** | **Wysokość wkładu własnego****wnoszonego przez pracodawcę** | **Wnioskowana wysokość środków z KFS** |
| 15-24, 25-34, 35-44, 45 i więcej | Ogółem | w tym kobiety |
|  | ....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM :** |  |  |  |  |  |

Wnioskowana wysokość środków z KFS (słownie): ...………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………

1. Wskazanie przynajmniej jednego z priorytetów Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
na rok 2019:
* Wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie
lub województwie zawodach deficytowych;

**Nazwa zawodu/ów:** …………………………. **Liczba osób**: ………………………..

* Wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które nie posiadają świadectwa dojrzałości;

 **Liczba osób**: ………………………..

* 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 Zawodowej;

**Liczba osób:** ……………………….

* Wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które 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:** ………………………..

* 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:** ………………………..

* Wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia;

**Liczba osób:** ………………………..

1. Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego, przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy: ……………………………………………………………………………………………………...…

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

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

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

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

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

1. Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osób, które będą objęte kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS (dot. W szczególności umów terminowych):

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

1. Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego finansowanego ze środków KFS:

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

1. **Do wniosku pracodawca ma obowiązek dołączyć:**
2. Kopię dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej działalności – w przypadku braku wpisu
do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, natomiast w przypadku zakładów aktywności zawodowej – decyzja o przyznaniu statusu przez wojewodę.
3. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis. (załącznik nr 1)
4. Zaświadczenie lub oświadczenie o otrzymaniu pomocy publicznej i pomocy de minimis. (załącznik nr 2)
5. Oświadczenie pracodawcy. (załącznik nr 3)
6. Oświadczenie wnioskodawcy. (załącznik nr 4)
7. Pełnomocnictwo do reprezentowania pracodawcy w postaci notarialnie potwierdzonej kopii lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez osobę lub osoby udzielające pełnomocnictwa –
w przypadku, gdy pracodawcę lub przedsiębiorcę reprezentuje pełnomocnik.
8. Informacje dotyczące osób wskazanych we wniosku o finansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i/lub pracodawcy. (załącznik nr 5)
9. Kserokopie umów pracowników biorących udział w kształceniu ustawicznym potwierdzone za zgodność
z oryginałem.
10. Oświadczenie pracownika o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych. (załącznik nr 6)
11. Kalkulacja kosztów kursu. (załącznik nr 7)
12. Program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu.
13. Informacje dotyczące realizatora usługi kształcenia ustawicznego wraz z informacjami dotyczącymi kursu/szkolenia. (załącznik nr 8)
14. Informacje dotyczące studiów podyplomowych wraz z informacjami dotyczącymi realizatora kształcenia ustawicznego. (załącznik nr 9)
15. Potwierdzenie posiadania przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia, a w przypadku kursów – posiadanie dokumentu na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego.
16. Wzory dokumentów potwierdzających nabyte przez uczestników kompetencje, wystawiane przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika to z przepisów powszechnie obowiązujących.
17. W przypadku sektora publicznego, który równocześnie prowadzi działalność gospodarczą – oświadczenie podmiotu sektora publicznego. (załącznik nr 10)
18. W przypadku priorytetu nr II – oświadczenie osoby ubiegającej się o dofinansowanie kształcenia ustawicznego o tym, iż nie posiada egzaminu maturalnego.
19. Pracodawca wnioskujący o środki KFS w ramach priorytetu III powinien złożyć oświadczenie, że w/w środki będą przeznaczone na kształcenie ustawiczne pracownika pochodzącego z grup zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym ze wskazaniem tych grup.
20. Składając wniosek w ramach priorytetu IV należy przedstawić potwierdzone za zgodność z oryginałem kopie dokumentów potwierdzających wykonywanie **przez co najmniej 15 lat** prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze.
21. Ubiegając się o dofinansowane w związku z priorytetem V – oświadczenie zapewniające,
że przekwalifikowanie bądź nabycie nowych umiejętności pozwoli na pozostanie danego nauczyciela
w dotychczasowym zawodzie.
22. W przypadku, gdy wniosek jest niekompletny lub nieprawidłowo wypełniony, wnioskodawca ma obowiązek uzupełnienia wniosku w terminie 7 dni. W przypadku niepoprawienia wniosku we wskazanym terminie
lub niedołączenia wymaganych załączników wniosek pozostawia się bez rozpatrzenia.
23. Dopuszcza się negocjacje treści wniosku z uwzględnieniem zasady zapewnienia najwyższej jakości usług
i zachowania racjonalnego wydatkowania środków publicznych.
24. Wnioski pracodawców są rozpatrywane w terminie do 30 dni od dnia zakończenia naboru wniosków
o sfinansowanie ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców. O wyniku rozpatrzenia wniosku Pracodawca jest informowany pisemnie.
25. Od negatywnej oceny wniosku nie przysługuje odwołanie.

 …………………………………………………..

 Podpis i pieczątka pracodawcy

**Decyzja Dyrektora PUP:**

Dyrektor Powiatowego Urzędu Pracy w Lipnie wyraża zgodę / nie wyraża zgody na podpisanie umowy
o przyznaniu środków na finansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników.

 ………………………………… …………………………………………..

 (data) (pieczęć i podpis Dyrektora PUP)

Załącznik nr 2

**Oświadczenie wnioskodawcy o pomocy publicznej i pomocy de minimis**

Oświadczam, że w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz 2 poprzedzających go latach podatkowych do dnia złożenia wniosku:

* Nie otrzymałem/am pomocy *de minimis.*
* Otrzymałem/am pomoc *de minimis* w wysokości …………………….. euro i dołączam kserokopie zaświadczeń o uzyskanej pomocy *de minimis* potwierdzone za zgodność
z oryginałem.

*W przypadku wniosku składanego przez spółkę cywilną należy również uwzględnić uzyskaną pomoc de minimis w odniesieniu do każdego z wspólników tej spółki.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Data udzielenia pomocy** | **Nr umowy** | **Nazwa instytucji udzielającej pomocy de minimis** | **Kwota w euro**  | **Cel przeznaczenia pomocy** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  **Ogółem** |  |

…………………………………………………………………..

data, podpis i pieczątka Pracodawcy
 lub osoby upoważnionej

***Świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 K.K.*** *(„Kto składając zeznanie mające służyć
za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.”)* ***oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą.***

………………………………………………

 data, podpis i pieczątka Pracodawcy
 lub osoby upoważnionej

Załącznik nr 3

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

 (pieczęć pracodawcy) ( miejscowość, data)

**OŚWIADCZENIE PRACODAWCY**

Świadomy, że zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, zgodnie z art. 233 Kodeksu karnego podlega karze pozbawienia wolności do lat 3, oświadczam:

1. Jestem Pracodawcą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. – Kodeks Pracy, ponieważ zatrudniam/y co najmniej jednego pracownika.
2. Spełniam warunki Rozporządzenia Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013r.
w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej
do pomocy de minimis ( Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013).
3. Spełniam warunki Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013r.
w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej
do pomocy de minimis w sektorze rolnym ( Dz. Urz. UE L 352 z 24.12.2013).
4. Spełniam warunki Rozporządzenia Komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014r.
w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej
do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury ( Dz. Urz. UE L 190
z 28.06.2014).
5. Kwota udzielonej pomocy de minimis, którą jedno przedsiębiorstwo może otrzymać przez okres trzech lat nie przekroczy 200 tys. EUR.

..…………………………….……………….…………………………………….

(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentacji i składania oświadczeń)

Załącznik nr 4

……………………………………………. …………………………………….

 pieczęć firmowa Wnioskodawcy miejscowość i data

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

 Pouczony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1 Kodeksu Karnego,
który stanowi:

*„Kto, w celu uzyskania dla siebie lub kogo innego (…) świadczenia pieniężnego na określony cel gospodarczy, (…) przedkłada podrobiony, przerobiony, poświadczający nieprawdę albo nierzetelny dokument albo nierzetelne, pisemne oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania wymienionego wsparcia finansowego, instrumentu płatniczego lub zamówienia, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.*

 Pouczony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego,
który mówi, że *„,Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.”* **oświadczam, że:**

1. **Zalegam / nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek
na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych.
2. Wszystkie osoby mające skorzystać ze wsparcia w ramach Środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego są **zatrudnione na podstawie umów
o pracę,** które będą obowiązywać w okresie trwania kształcenia ustawicznego.
3. Wszystkie podane we wniosku oraz w załącznikach dane i informacje
są zgodne ze stanem faktycznym.

………………………………………………….

 Podpis i pieczęć Wnioskodawcy

\* niepotrzebne skreślić

załącznik nr 5

…………………………………. ……………………………………

 ( pieczęć pracodawcy) ( miejscowość, data)

**INFORMACJE DOTYCZĄCE OSÓB WSKAZANYCH WE WNIOSKU O FINANSOWANIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO PRACOWNIKÓW I/LUB PRACODAWCY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i Nazwisko** | **Data urodzenia** | **Stanowisko pracy** | **Rodzaj działania** | **Termin realizacji działania** | **Wskazanie czasu obowiązywania umowy o pracę** | **Wykształcenie** | **Zawód** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

…………………………….……………….…………………………………….

 (podpis i pieczęć pracodawcy)

Załącznik nr 6

**OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dotyczących mojej osoby przez Powiatowy Urząd Pracy dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy o finansowanie
z Krajowego Funduszu Szkoleniowego działań obejmujących kształcenie ustawiczne pracowników, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U. Nr 133 poz. 883 z późn. zm.)

………………………………………………………………

 ( podpis pracownika składającego oświadczenie)

Załącznik nr 7

..…………………………………………..

 pięczątka instytucji szkoleniowej

**KALKULACJA KOSZTÓW KURSU**

1. **Nazwa organizatora………………………………………………………………………..**
2. **Adres………………………………………………………………………………………..**
3. **Nazwa kursu……………………………………………………………………………….**
4. **Liczba godzin:**
* **Liczba godzin ogółem…………………………………………………………….**
* **Liczba godzin- zajęć teoretycznych……………………………………………..**
* **Liczba godzin – zajęć praktycznych……………………………………………..**
1. **Koszt:**
* **Koszt całkowity (1 osoby) …………………………………………………………**
* **Koszt całkowity (na wszystkie osoby objęte wskazanym działaniem)**

**……………………………………………………………………………………….**

* **Koszt osobogodziny ………………………………………………………………..**
1. **Wyszczególnienie kosztów:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj kosztów** | **Liczba godzin** | **Stawka godzinowa** | **ogółem** |
| **I** | **Koszty personelu oraz obsługi** |  |  |  |
| 1. | Koszt wykładowcy ( zajęć teoretycznych) |  |  |  |
| 2. | Koszt wykładowcy ( zajęć praktycznych) |  |  |  |
| 3. | Koszt Egzaminatorów |  |  |  |
| 4. | Inne ( proszę określić jakie) |  |  |  |
| **II** | **Wydatki na materiały szkoleniowe** |  |  |  |
| 1. | Materiały wydane kursantom ( proszę określić jakie są to materiały) |  |  |  |
| 2 | Inne ( proszę określić jakie) |  |  |  |
| **III** | **Koszty związane z amortyzacją** |  |  |  |
| 1. | Koszty eksploatacji sprzętu |  |  |  |
| 2. | Koszty eksploatacji pomieszczeń |  |  |  |
| 3. | Inne ( proszę określić jakie) |  |  |  |
| **Łącznie ( suma I, II, III)** |  |  |  |

 ..…………………………….……………….…………

 ( pieczątka i podpis osoby upoważnionej
 do reprezentowania instytucji szkoleniowej)

Załącznik nr 8

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

 pieczęć instytucji miejscowość, data

**INFORMACJE DOTYCZĄCE REALIZATORA USŁUGI**

**I DANE DOTYCZĄCE REALIZATORA**

1. Pełna nazwa

...................................................................................................................................................................

1. Adres:

Miejscowość: ………………………………………………………………………………………….
Województwo: ………………………….................................................................................................

Ulica ........................................................................................................................................................

 Kod pocztowy .........................................................................................................................................

Telefon......................................................................……………………………………………………

Regon ........................................................................... NIP ....................................................................

**II DANE DOTYCZĄCE SZKOLENIA**

1. Pełna nazwa szkolenia: …………………………………………………………………………….
2. Termin realizacji: ………………………………………………………………………………….
3. Miejsce realizacji: …………………………………………………………………………………
4. Liczba godzin szkolenia: ………………………………………………………………………….
5. Metoda sprawdzenia efektów kształcenia

 ............................................................................................................................................................

1. Imię i nazwisko osoby wskazanej do kontaktów w sprawie określonego wyżej szkolenia, numer telefonu :

 .........................................................................................................................................................

1. Cena usługi kształcenia ustawicznego w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku
(o ile są dostępne):

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

Załącznik nr 9

**INFORMACJE DOTYCZĄCE REALIZATORA USŁUGI
STUDIÓW PODYPLOMOWYCH**

1. Pełna nazwa organizatora studiów podyplomowych

.....................................................................................................................................................

Pełna nazwa wydziału studiów

.....................................................................................................................................................

1. Adres:

Miejscowość: ……………………………………………………………………………………………
Województwo……………………………................................................................................................

Ulica .........................................................................................................................................................

 Kod pocztowy .........................................................................................................................................

Telefon......................................................................………………………………………………….…

1. Pełna nazwa kierunku studiów

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

1. Termin rozpoczęcia i zakończenia studiów podyplomowych:

…………………………………………………………………………………………………

1. Ilość semestrów

…………………………………………………………………………………………………

6. Cena usługi kształcenia ustawicznego w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych
 na rynku pracy (o ile są dostępne):

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

……............................................................
 (podpis i pieczątka osoby upoważnionej –
 organizatora studiów podyplomowych)

Załącznik nr 10

**OŚWIADCZENIA PODMIOTU SEKTORA PUBLICZNEGO**

1. Oświadczam, że prowadzimy€/ nie prowadzimy€ działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów ustawy o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej[[1]](#footnote-1).
2. Oświadczam, że prowadzimy€ / nie prowadzimy€ rozdzielności rachunkowej[[2]](#footnote-2) pomiędzy działalnością o charakterze gospodarczym a działalnością nie mającą charakteru gospodarczego.
3. Oświadczam, że pracownicy korzystający z form kształcenia ustawicznego w ramach KFS są i będą zatrudnieni na stanowiskach w zakresie działalności mającej charakter gospodarczy€ / nie mającej charakteru gospodarczego[[3]](#footnote-3)€.

Miejscowość, data………………………………………………

 ……………………………………………………………………………

 (Podpis osoby prowadzącej dokumentację księgową)

 ……………………………………………………….……………………..

 (Podpis Pracodawcy)

1. W rozumieniu art. 2 pkt 17 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2004r.
Nr 1213 poz. 1291 ze zm.). Pod pojęciem działalności gospodarczej należy rozumieć działalność gospodarczą, do której mają zastosowanie reguły konkurencji określone w przepisach części trzeciej tytułu VI rozdziału 1 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską.

Definicja „podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą” w prawie wspólnotowym obejmuje swym zakresem wszystkie kategorie podmiotów zaangażowanych w działalność gospodarczą, niezależnie od formy prawnej tego podmiotu i źródeł jego finansowania (orzeczenie ETS w sprawie C-41/90 Hӧfner i Elsner przeciwko Macrotron GmbH, orzeczenie ETS w sprawie C-35/96 Komisja przeciwko Republice Włoskiej). Nie ma znaczenia, iż są to podmioty nie nastawione na zysk lub wykonujące zadania społecznie użyteczne (non-profit – np. orzeczenie ETS w sprawie C-67/96 Albany). **Podkreślić należy fakt, iż przepisy wspólnotowe znajdują zastosowanie również do podmiotów sektora publicznego prowadzących działalność gospodarczą** (orzeczenie ETS w sprawie C-118/85 AAMS).

Po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej, obowiązek stosowania przepisów w zakresie pomocy publicznej potencjalnie może dotyczyć wszystkich podmiotów prowadzących działalność gospodarczą, bez względu na to, czy przepisy obowiązujące w danym państwie członkowskim przyznają danemu podmiotowi status przedsiębiorcy. Przy tak szeroko zakreślonych ramach definicji przedsiębiorstwa podstawowe znaczenie ma rodzaj prowadzonej działalności. Zgodnie z orzecznictwem ETS, przez działalność gospodarczą należy rozumieć oferowanie towarów
i usług na rynku. Pojęcie to dotyczy zarówno działalności produkcyjnej, jak i dystrybucyjnej i usługowej (orzeczenie ETS w sprawie Herlitz
T-66/92). W tym przypadku nie jest istotne występowanie zarobkowego charakteru działalności. [↑](#footnote-ref-1)
2. Rozdzielność rachunkowa określonej działalności polega na prowadzeniu odrębnej ewidencji dla tej działalności oraz prawidłowym przypisywaniu przychodów i kosztów na podstawie konsekwentnie stosowanych i mających obiektywne uzasadnienie metod, a także określeniu w dokumentacji, o której mowa w art. 10 ustawy z dnia 29 września 1994 roku o rachunkowości (Dz. U. z 2013 r. poz. 360
 i 613), zasad prowadzenia odrębnej ewidencji oraz metod przypisywania kosztów i przychodów. [↑](#footnote-ref-2)
3. Oświadczenie to ma mieć odzwierciedlenie w zakresie obowiązków zawodowych osób zatrudnionych, które korzystają z form kształcenia ustawicznego w ramach KFS. [↑](#footnote-ref-3)