 

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

(pieczęć firmowa) (miejscowość, data)

**Powiatowy Urząd Pracy**

**w Działdowie**

**WNIOSEK PRACODAWCY O PRZYZNANIE ŚRODKÓW Z KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO**

**NA SFINANSOWANIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO PRACOWNIKÓW I PRACODAWCY**

**(obowiązuje od 01 stycznia 2019 roku)**

**I. DANE PRACODAWCY**

1. Pełna nazwa pracodawcy …………………………………………………………………………………………………………………………………………….
2. Adres siedziby ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

telefon:……………………………………………………………………….. fax: ……………………………………………………….………………………………

e - mail: …………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………

1. Miejsce prowadzenia działalności ……………………………………………………………………………………………………………………………..
2. Numer REGON ………………………………………………….……. 5. Numer NIP ………………………………………………………………..…………
3. Numer KRS (w przypadku spółek handlowych i kapitałowych) .
4. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej (zgodnie z wpisem w odpowiednim rejestrze)

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

1. Przeważający rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej według PKD
2. Forma prawna działalności wnioskodawcy ………………………………………………………………………………………………………………..

(np. spółdzielnia, Spółka (podać jaka), działalność indywidualna, inna)

1. Forma i wysokość opodatkowania …………………………………………………………………………………………………………….………….……
2. Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby uprawnionej do podpisania umowy

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

1. Imię i nazwisko, numer telefonu, adres poczty elektronicznej osoby wskazanej przez pracodawcę do kontaktów   
    z Urzędem ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
2. Nazwa banku oraz numer konta bankowego ………………………………………………………………………………………………………….

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

1. Liczba zatrudnionych przez pracodawcę pracowników na dzień złożenia wniosku …………………………………………………
2. Wielkość pracodawcy:

⃝ mikroprzedsiębiorstwo (za mikroprzedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych: zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 2 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 milionów euro.)

⃝ małe przedsiębiorstwo – przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 pracowników oraz jego roczny obrót nie przekracza 10 milionów euro i/lub całkowity bilans roczny nie przekracza 10 milionów euro

⃝ pozostałe – nie mieszczące się w kategoriach wymienionych powyżej

**II. WNIOSKOWANA WARTOŚĆ WSPARCIA**

**Całkowita wartość planowanych wydatków na kształcenie ustawiczne:**

**Wnioskowana wysokość środków KFS**\* : ……………………………………………………………………..………………………………………………...

**Wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę\*\*** : ……………………………………………………………………………………….

w tym:

1. **Wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych**

* kwota wnioskowana z KFS
* kwota wkładu własnego\*\*

**Liczba osób do objęcia wsparciem:** w tym liczba pracowników……..../……....kobiet, liczba pracodawców…………………………/ …….. kobiet

**2. Wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które nie posiadają świadectwa dojrzałości**

* kwota wnioskowana z KFS
* kwota wkładu własnego\*\*

**Liczba osób do objęcia wsparciem:** w tym liczba pracowników……..../……....kobiet, liczba pracodawców…………………………/ …….. kobiet

**3. 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**

* kwota wnioskowana z KFS
* kwota wkładu własnego\*\*

**Liczba osób do objęcia wsparciem:** w tym liczba pracowników……..../……....kobiet, liczba pracodawców…………………………/ …….. kobiet

**4. 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**

* kwota wnioskowana z KFS
* kwota wkładu własnego\*\*

**Liczba osób do objęcia wsparciem:** w tym liczba pracowników……..../……....kobiet, liczba pracodawców…………………………/ …….. kobiet

**5. wsparcie kształcenia ustawicznego instruktorów praktycznej nauki zawodu, nauczycieli kształcenia zawodowego oraz pozostałych nauczycieli, o ile podjęcie kształcenia ustawicznego umożliwi im pozostanie w zatrudnieniu**

* kwota wnioskowana z KFS
* kwota wkładu własnego\*\*

**Liczba osób do objęcia wsparciem:** w tym liczba pracowników……..../……....kobiet, liczba pracodawców…………………………/ …….. kobiet

**6. wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia**

* kwota wnioskowana z KFS
* kwota wkładu własnego\*\*

**Liczba osób do objęcia wsparciem:** w tym liczba pracowników……..../……....kobiet, liczba pracodawców…………………………/ …….. kobiet

**Planowany rok wydatkowania środków z KFS**\*\*\*……………………………………………….

**III. DANE DOTYCZĄCE KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

1. **Rodzaj działań do sfinansowania z KFS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Działania w**  **ramach kształcenia ustawicznego** | **Liczba osób uczestniczących w kształceniu ustawicznym** | | | **Uczestnicy według wieku** | | | | **Całkowita wysokość wydatków na wskazane działania** | **Wnioskowana wysokość środków z KFS\*** | **Wysokość wkładu własnego wnoszonego**  **przez pracodawcę\*\*** | **Koszty kształcenia ustawicznego na jednego uczestnika** | **Termin realizacji wskazanych działań od…do** | **Forma kształcenia ustawicznego** |
| **Ogółem** | **Pracodawca** | **Pracownicy** | **15-24** | **25-34** | **35-44** | **45 lat i więcej** |
| Określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kursy |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Studia podyplomowe |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Egzaminy |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Badania lekarskie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Badania psychologiczne |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

**\* Środki Krajowego Funduszu Szkoleniowego przeznacza się na wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców w wysokości 80% poniesionych kosztów, nie więcej niż 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika, a w przypadku mikroprzedsiębiorstwa w wysokości 100 % .**

**\*\*Uwaga! Przy wyliczaniu wkładu własnego pracodawcy:**

- uwzględnia się wyłącznie koszty samego kształcenia ustawicznego

- nie uwzględnia się innych kosztów, które pracodawca ponosi w związku z udziałem pracowników w kształceniu ustawicznym, np. wynagrodzenia za godziny nieobecności w pracy w związku z uczestnictwem w zajęciach, kosztów delegacji w przypadku konieczności dojazdu do miejscowości innej niż miejsce pracy itp.

**\*\*\* Środki KFS muszą zostać wydatkowane w roku, w którym zostaną przyznane.**

1. **Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego** (wykaz osób winien być zgodny z załącznikiem nr 3)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko/ pracownik/ pracodawca** | **Forma zatrudnienia i okres obowiązywania umowy (od.. do..)** | **Zajmowane stanowisko** | **Uzasadnienie objęcia kształceniem, przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy oraz obowiązujących priorytetów wydatkowania środków KFS** | **Informacja o planach dalszego zatrudnienia osoby objętej kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **Informacja o realizatorze usługi kształcenia**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NAZWA kształcenia ustawicznego** | **Liczba osób objętych wsparciem** | **NAZWA REALIZATORA**  **(nazwa, siedziba, NIP)** | **Certyfikaty jakości oferowanych usług/akredytacje oraz inne dokumenty uprawniające do prowadzenia pozaszkolnych form kształcenia (kserokopie w załączeniu)** | **LICZBA GODZIN kształcenia/cena za 1 osobę** | **ROZEZNANIE RYNKU- ceny usługi innych podmiotów ( min. 1 oferta)** | **UZASADNIENIE WYBORU REALIZATORA**  **KSZTAŁCENIA** |
| 1 | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
|  |  |  |  |  | **Oferta Nr 1**  ……………………………………………….  Realizator/ liczba godzin/cena 1 osoby  **Oferta Nr 2**  ……………………………………………….  Realizator/ liczba godzin/cena 1 osoby  **Oferta Nr 3**  ……………………………………………….  Realizator/ liczba godzin/cena 1 osoby |  |
|  |  |  |  |  | **Oferta Nr 1**  ……………………………………………….  Realizator/ liczba godzin/cena 1 osoby  **Oferta Nr 2**  ……………………………………………….  Realizator/ liczba godzin/cena 1 osoby  **Oferta Nr 3**  ……………………………………………….  Realizator/ liczba godzin/cena 1 osoby |  |

1. **Informacje dodatkowe**: …………………………………………………..…………………………………………………………………………………….

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

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

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

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

/miejscowość, data/ /podpis i pieczęć/

Do wniosku należy dołączyć załączniki, które stanowią jego integralna część tj.:

1. Załącznik nr 1 - oświadczenie wnioskodawcy;
2. Załącznik nr 2 - formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis stanowiący załącznik   
   do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 października 2014r. (Dz. U. z 2014. poz. 1543 ) lub Formularz informacji przedstawiany przez podmiot ubiegający się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie – załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2010 r. w sprawie informacji składanych przez podmioty ubiegające się o pomoc de minimis w rolnictwie lub rybołówstwie (Dz.U. z 2010 r. Nr 121, poz. 810);
3. Załącznik nr 3 - wykaz osób , które mają zostać objęte działaniami finansowymi z udziałem środków z KFS;
4. Załącznik nr 4 - oświadczenie wnioskodawcy o otrzymanej pomocy de minimis, pomocy de minimis w rolnictwie lub

rybołówstwie (w przypadku pracodawców będących podmiotami pomocy publicznej);

1. Załącznik nr 5 – kalkulacja kosztów kursu w przeliczeniu na 1 uczestnika
2. Kserokopię dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności - w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sadowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej. W przypadku spółki cywilnej - kserokopię umowy spółki - oryginały do wglądu;
3. Pełnomocnictwo do reprezentowania Wnioskodawcy - pełnomocnictwo nie jest wymagane, jeżeli osoba podpisująca wniosek jest upoważniona z imienia i nazwiska do reprezentowania podmiotu w odnośnym dokumencie rejestracyjnym;
4. Program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu;
5. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawianego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących;

**UWAGA !**

**Wnioski o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego rozpatrywane są w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku. Pracodawca zostanie poinformowany o sposobie jego rozpatrzenia w formie pisemnej.**

**W przypadku, gdy wniosek pracodawcy jest nieprawidłowo wypełniony lub niekompletny, pracodawcy zostanie wyznaczony termin nie krótszy niż 7 dni i nie dłuższy niż 14 dni na jego uzupełnienie lub poprawienie.**

**Przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy jest dokonywane na podstawie umowy cywilnoprawnej, a nie na podstawie decyzji administracyjnej. W związku z powyższym odmowa przyznania tych środków nie podlega odwołaniu.**

**Wniosek pozostawia się bez rozpatrzenia w przypadku:**

* **niepoprawienia we wskazanym terminie wypełnionego nieprawidłowo wniosku lub**
* **niedołączenia do wniosku wymaganych załączników.**

**Informacja: dane osobowe zawarte we wniosku będą przetwarzane przez Powiatowy Urząd Pracy do celów realizacji zadań ustawowych określonych w ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20 kwietnia 2004 r. (Dz. U. z 2018 r., poz. 1265 z późn. zm.) w związku z art. ust. 1 lit. e Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679.**

**Załącznik nr 1**

………………………………………….………  
pieczęć firmowa wnioskodawcy

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY**

**Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, o której mowa w art. 233 § 1 Kodeksu karnego, oświadczam w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuje, co następuje:**

1. **Prowadzę\* / Nie prowadzę\*** działalności gospodarczej, zgodnie z ustawą z dnia 2.07.2004r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. 2015 poz. 584 z późń. zm).
2. **Zatrudniam\* / Nie zatrudniam\*** pracowników podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę.
3. **Zalegam\* / Nie zalegam\*** w dniu złożenia wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia 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. **Spełniam warunki\* / Nie spełniam warunków** rozporządzenia MRPiPS z dnia 16 grudnia 2016 roku zmieniającego rozporządzenie MPiPS w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2016 poz. 2155).
7. **Spełniam warunki / nie spełniam warunków\*** rozporządzenia komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. 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) lub rozporządzenia komisji (UE) Nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. 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) lub rozporządzenia (UE) Nr 1408/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. 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.
8. Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie, udostępnianie i archiwizowanie danych osobowych dotyczących mojej osoby/podmiotu przez Powiatowy Urząd Pracy w Działdowie dla celów związanych z rozpatrywaniem wniosku oraz realizacją umowy, o której mowa w rozporządzeniu MRPiPS z dnia 16 grudnia 2016 roku zmieniające rozporządzenie MRPiPS w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2016 poz. 2155) oraz Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz.UE.L.119) i ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1000) w związku z realizacją kształcenia ustawicznego.
9. Oświadczam, że nie ubiegam się o finansowanie kosztów kształcenia ustawicznego dla pracowników nie świadczących pracy tj. przebywających na urlopie macierzyńskim, ojcowskim, wychowawczym, a także dla osoby współpracującej oraz dla osób zatrudnionych na podstawie umów cywilno-prawnych.
10. Oświadczam, że zaplanowane formy wsparcia w ramach kształcenia ustawicznego będą realizowane przez jednostkę zewnętrzną.
11. **Jestem świadomy(a), że kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego jest finansowane ze środków publicznych i w związku z tym podlega szczególnym zasadom rozliczania.**

***\* niepotrzebne skreślić***

Przyjmuję do wiadomości, że umowa dotycząca przyznanych środków na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego jest aktem cywilnoprawnym i żadnej ze stron nie przysługuje roszczenie jej zawarcia.

Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Działdowie jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.

Zostałem poinformowany/a, że treść wszystkich aktów prawnych, dotyczących przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego jest dostępna do wglądu w Powiatowym Urzędzie Pracy w Działdowie przy ul. Chopina 6, w pokoju nr 6 oraz na stronie internetowej <http://dzialdowo.praca.gov.pl>

…………………………………………………

/data, podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy/

**Załącznik nr 3**

**Wykaz osób, które mają zostać objęte działaniami finansowymi z udziałem środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego\***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Priorytet 1/2/3/4/5/6** | **Nazwa**  **zajmowanego stanowiska** | **Poziom wykształcenia (podstawowe, zawodowe, LO, średnie zaw., wyższe)** | **Grupa wiekowa** | | | | **Praca w szczególnych warunkach TAK/NIE** | **Praca o szczególnym charakterze TAK/NIE** | **Osoba posiada orzeczenie o niepełnosprawności TAK/NIE** | **Rodzaj umowy o pracę i okres na, który jest zawarta umowa**  **(od- do)** | **Rodzaj i nazwa wsparcia (np. kurs i nazwa kursu)** |
| **15-24** | **25-34** | **35-44** | **45 lat i więcej** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*\* ***Priorytet 1*** *- wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych;* ***Priorytet 2*** *– wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które nie posiadają świadectwa dojrzałości;*  ***Priorytet*** *3- 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;* ***Priorytet 4 -*** *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;* ***Priorytet 5*** *- wsparcie kształcenia ustawicznego instruktorów praktycznej nauki zawodu, nauczycieli kształcenia zawodowego oraz pozostałych nauczycieli, o ile podjęcie kształcenia ustawicznego umożliwi im pozostanie w zatrudnieniu;* ***Priorytet 6*** *- wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia.*

……………………………………………………………

/data, podpis i pieczęć wnioskodawcy lub osoby  
 uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy/

**Załącznik nr 4**

………………………………………….………  
pieczęć firmowa wnioskodawcy

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS, POMOCY DE MINIMIS W ROLNICTWIE LUB RYBOŁÓWSTWIE**

Imię i nazwisko/nazwa firmy

Adres siedziby

NIP

**Oświadczam, iż:**

* **otrzymałem / nie otrzymałem\*** pomocy *de minimis* w okresie bieżącego roku kalendarzowego oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych,
* **otrzymałem / nie otrzymałem\*** pomocy *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie w okresie bieżącego roku kalendarzowego oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych.

W przypadku otrzymania pomocy publicznej de minimis należy wypełnić poniższą tabelę oraz dołączyć kopie zaświadczeń o otrzymanej pomocy\*\*.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Podmiot | Podstawa prawna | Data udzielenia | Przeznaczenie | Wartość |
|  | udzielający | otrzymanej pomocy | pomocy (dzień, | pomocy | pomocy w |
|  | pomocy |  | miesiąc, rok) |  | euro |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
|  | | | | Razem |  |

Prawdziwość oświadczenia stwierdzam własnoręcznym podpisem pod rygorem odpowiedzialności przewidzianej w 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 od 6 miesięcy do lat 8”.

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

/miejscowość, data/ /czytelny podpis wnioskodawcy/

\* niepotrzebne skreślić

\*\* wszelkie informacje zawarte w tabeli powinny być zgodne z Zaświadczeniami o udzielonej pomocy *de minimis,* jakie Wnioskodawca otrzymał od instytucji udzielających mu pomocy *de minimis* w okresie bieżącego roku kalendarzowego oraz w ciągu dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych.

**Załącznik nr 5**

**KALKULACJA KOSZTÓW KURSU W PRZELICZENIU NA 1 UCZESTNIKA**

**Nazwa kursu**: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Nazwa i adres realizatora kursu:** …………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Miejsce realizacji kursu:** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Liczba godzin kursu ogółem:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| **Kalkulacja kosztów** | **Kwota w zł.** |
| **Wynagrodzenia:** |  |
| Wykładowców |  |
| Pracownicy obsługi kursu |  |
| Inne (proszę wskazać jakie): |  |
| **Wydatki na materiały:** |  |
| Środki dydaktyczne, materiały pomocnicze |  |
| Inne (proszę wskazać jakie): |  |
| **Koszty dodatkowe:** |  |
| Egzamin wewnętrzny |  |
| Egzamin zewnętrzny |  |
| Inne (proszę wskazać jakie): |  |
| **Amortyzacja:** |  |
| Koszt eksploatacji sprzętu |  |
| Koszt eksploatacji pomieszczeń |  |
| Inne (proszę wskazać jakie): |  |
| **Pozostałe koszty np. wyżywienia, noclegu, dojazdu (proszę wpisać jakie):** |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Koszt na jednego uczestnika kursu** |  |
| **Koszt osobogodziny kursu** |  |

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

*Data i podpis osoby uprawnionej*

*do reprezentowania instytucji szkoleniowej*