……………………………………..

(pieczęć wnioskodawcy) Znak sprawy…………………………………….

 Numer wniosku…………………………………

**Starosta**

**Włodawski**

**za pośrednictwem**

**Powiatowego Urzędu Pracy
we Włodawie**

**Wniosek**

**o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

**na finansowanie lub współfinansowanie działań na rzecz kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców**

na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
(t.j.: Dz. U. z 2024 r. poz. 475, z późn. zm.) oraz 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).

## I. Dane pracodawcy

1. Nazwa pracodawcy …………………………………………….……..…………………….……………

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

1. Adres siedziby pracodawcy ……………………….…………………………………………………… …………….……………………………………………….….....………….….….…………….………..….……...
2. Miejsce prowadzenia działalności gospodarczej …………………………..…………………………

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

1. Numer telefonu, faksu…………………………………………………………………….……..……….
2. Adres poczty elektronicznej …………………………………………………………………………….
3. Wielkość przedsiębiorcy: mikro**\***  mały średni duży

 inny (jaki?) ………………………………………………………………………………..……
\*za ***mikroprzedsiębiorcę*** uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych:1) zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz 2) 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).

1. Data rozpoczęcia prowadzenia działalności …………………………...…….………………...……..
2. Oznaczenie przeważającego rodzaju działalności gospodarczej według PKD: …………………..
3. NIP …………………….……….………………
4. REGON …………….…...…………………….
5. **Liczba zatrudnionych pracowników (z wyłączeniem** wykonywania pracy lub świadczenia usług
na podstawie umów cywilnoprawnych, w tym umowy agencyjnej, umowy zlecenia, umowy o dzieło albo w okresie członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, spółdzielni kółek rolniczych lub spółdzielni usług rolniczych): …………………………..…………….…………………………………………………………………….……
6. Nazwisko i imię oraz stanowisko służbowe osoby upoważnionej do podpisania umowy
 ......................................................................................................................................................................

m) Nazwisko i imię, numer telefonu osoby wskazanej do kontaktów:

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

n) Nr rachunku bankowego pracodawcy, na który powinny zostać przekazywane środki z KFS: ……………………………………………………………………………………………

o) Kontrasygnata umowy o dofinansowanie kształcenia ze środków KFS
*(dotyczy samorządu powiatowego, gminnego oraz ich jednostek organizacyjnych)*:

 Nazwisko i imię skarbnika (głównego księgowego budżetu) lub osoby upoważnionej:

 ……………………………………………stanowisko służbowe ……………………………..

**II. Informacje o planowanym kształceniu ustawicznym**

Całkowita wartość planowanych działań związanych z kształceniem ustawicznym: …………….……..

słownie: ………………………………………………………………………………………………………….

w tym:

- wysokość środków z KFS: ………….……..……..…..

słownie: …..………………………………………………………………………………………………………..

- wysokość wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę\*: ……………….……..

słownie: .………………………………………………………………………………………………………..

**\* nie dotyczy mikroprzedsiębiorstw** (za ***mikroprzedsiębiorcę*** uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym
z dwóch ostatnich lat obrotowych:1) zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz2) 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).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Liczba osób planowanych do objęcia wsparciem** | **Liczba osób według grup wiekowych** |
| **15-24 lata** | **25-34 lata** | **35-44 lata** | **45 lat i więcej** |
| Wskazanie działań | Określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego |  |  |  |  |  |
| Kursy realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą |  |  |  |  |  |
| Studia podyplomowe realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą |  |  |  |  |  |
| Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych |  |  |  |  |  |
| Badania lekarskie i/lub psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu |  |  |  |  |  |
| Ubezpieczenie NNW w związku z podjętym kształceniem |  |  |  |  |  |
| **Liczba osób planowanych do objęcia wsparciem ogółem** |  |  |  |  |  |

**III. Uzasadnienie wniosku**

**1. Nazwa działania (nazwa: kursu/studiów podyplomowych / egzaminu/badań lekarskich
i/lub psychologicznych lub ubezpieczenie NNW): …………………………………………………………………………………………………….......**

**Priorytet wydatkowania środków**[[1]](#footnote-1): **….………….………………**

Liczba osób do objęcia wsparciem:…..………………………………

Pracownik/ Pracownicy zatrudniony/zatrudnieni na podstawie umowy: ………………………
w wymiarze czasu pracy: …………………………………………………………………………………………

Stanowisko/ Stanowiska służbowe: ……………………………………………………………………………..

Forma kształcenia ustawicznego: ….......................................................................................................

Koszt kształcenia ustawicznego na 1 uczestnika (cena: kursu/ studiów podyplomowych/ egzaminu/ badań/ NNW, na 1 uczestnika, z wyłączeniem kosztów przejazdu, zakwaterowania, wyżywienia): ………………………………………….

Termin realizacji wskazanego działania: **………...............……………..
(przy planowaniu terminów należy wziąć pod uwagę termin na rozpatrzenie wniosku)**

Liczba godzin kursu/ studiów podyplomowych (na 1 uczestnika) **……................………………**

**Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego**, **przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy oraz obowiązujących priorytetów wydatkowania środków KFS:**

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

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

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

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

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

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

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

**Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osób, które będą objęte kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS:**

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

**Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego finansowanej ze środków KFS: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**w tym:**

* **Nazwa i siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego (nazwa i siedziba: Instytucji szkoleniowej/ Uczelni/ Inst. Egzaminującej/ Przychodni/ Ubezpieczyciela): ………………………………………………………………………………………………………………….**
* **realizator posiada/ nie posiada\* certyfikaty jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego.**
* **w przypadku posiadania certyfikatu jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego należy wskazać rodzaj certyfikatu oraz dołączyć kopię certyfikatu określającego datę ważności certyfikatu lub jego bezterminowość: ………………………………………………………………………………………………………………….**
* **w przypadku kursów - realizator posiada/ nie posiada\* dokument, na podstawie którego prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego.**
* **w przypadku posiadania ww. dokumentu należy wskazać publiczny rejestr elektroniczny,
w którym powyższa informacja jest dostępna: ………………………………………………………**
* **cena usługi kształcenia ustawicznego w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku cena usługi kształcenia ustawicznego w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku (należy wskazać oferty rynkowe planowanego kursu/ studiów podyplomowych/ egzaminu/ badań, w przypadku działań ogólnie dostępnych przynajmniej
3 konkurencyjne ceny):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Wybrana oferta** | **Druga oferta** | **Trzecia oferta** |
| **Nazwa i adres: Instytucji szkoleniowej/Uczelni/Inst. Egzaminującej/Przychodni/Ubezpieczyciela** |  |  |  |
| **Nazwa: kursu/studiów podyplomowych/ egzaminu/badań lekarskich i/lub psychologicznych lub ubezpieczenie NNW** |  |  |  |
| **Cena\* (dla 1 uczestnika)** |  |  |  |
| **Liczba godzin kursu/ studiów podyplomowych (dla 1 uczestnika)** |  |  |  |
| **Koszt osobogodziny (dla 1 uczestnika)** |  |  |  |

**\*bez kosztów związanych z przejazdem, zakwaterowaniem i wyżywieniem**

* **w przypadku braku dostępności podobnych usług oferowanych na rynku lub mniejszej ilości realizatorów kształcenia ustawicznego należy wskazać z czego wynika ww. brak: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**2. Nazwa działania (nazwa: kursu/studiów podyplomowych / egzaminu/badań lekarskich
i/lub psychologicznych lub ubezpieczenie NNW): …………………………………………………………………………………………………….......**

**Priorytet wydatkowania środków**[[2]](#footnote-2): **….………….………………**

Liczba osób do objęcia wsparciem:…..………………………………

Pracownik / Pracownicy zatrudniony/zatrudnieni na podstawie umowy: ………………………
w wymiarze czasu pracy: ………………………………………………………………………………………

Stanowisko/ Stanowiska służbowe: …………………………………………………………………………..

Forma kształcenia ustawicznego: ….......................................................................................................

Koszt kształcenia ustawicznego na 1 uczestnika (cena: kursu/ studiów podyplomowych/ egzaminu/ badań/ NNW, na 1 uczestnika, z wyłączeniem kosztów przejazdu, zakwaterowania, wyżywienia): ………………………………………….

**Termin realizacji wskazanego działania: ………...............……………..
(przy planowaniu terminów należy wziąć pod uwagę termin na rozpatrzenie wniosku)**

Liczba godzin kursu/ studiów podyplomowych (na 1 uczestnika) **……................………………**

 **Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego**, **przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy oraz obowiązujących priorytetów wydatkowania środków KFS:**

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

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

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

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

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

**Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osób, które będą objęte kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS:**

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

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

**Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego finansowanej ze środków KFS ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**w tym:**

* **Nazwa i siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego: (nazwa i siedziba: Instytucji szkoleniowej/ Uczelni/Inst. Egzaminującej/ Przychodni/ Ubezpieczyciela: ………………………………………………………………………………………………………………….**
* **realizator posiada/ nie posiada\* certyfikaty jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego.**
* **w przypadku posiadania certyfikatu jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego należy wskazać rodzaj certyfikatu oraz dołączyć kopię certyfikatu określającego datę ważności certyfikatu lub jego bezterminowość: ………………………………………………………………………………………………………………….**
* **w przypadku kursów - realizator posiada/ nie posiada\* dokument, na podstawie którego prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego.**
* **w przypadku posiadania ww. dokumentu należy wskazać publiczny rejestr elektroniczny,**

**w którym powyższa informacja jest dostępna: ………………………………………………………**

* **cena usługi kształcenia ustawicznego w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku (należy wskazać oferty rynkowe planowanego kursu/ studiów podyplomowych/ egzaminu/ badań, w przypadku działań ogólnie dostępnych przynajmniej 3 konkurencyjne ceny):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Wybrana oferta** | **Druga oferta** | **Trzecia oferta** |
| **Nazwa i adres: Instytucji szkoleniowej/Uczelni/Inst. Egzaminującej/Przychodni/Ubezpieczyciela** |  |  |  |
| **Nazwa: kursu/studiów podyplomowych/ egzaminu/badań lekarskich i/lub psychologicznych lub ubezpieczenie NNW** |  |  |  |
| **Cena\* (dla 1 uczestnika)** |  |  |  |
| **Liczba godzin kursu/ studiów podyplomowych (dla 1 uczestnika)** |  |  |  |
| **Koszt osobogodziny (dla 1 uczestnika)** |  |  |  |

**\*bez kosztów związanych z przejazdem, zakwaterowaniem i wyżywieniem**

* **w przypadku braku dostępności podobnych usług oferowanych na rynku lub mniejszej ilości realizatorów kształcenia ustawicznego należy wskazać z czego wynika ww. brak: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**UWAGA!**

1. **W przypadku wniosku wypełnionego nieprawidłowo, wyznacza się termin do jego poprawienia. Termin ten ustalany jest indywidualnie i nie może być krótszy niż 7 i dłuższy niż 14 dni.**
2. **Wniosek pozostawia się bez rozpatrzenia, o czym informuje się pracodawcę na piśmie,
w przypadku:**
* **niepoprawienia wniosku we wskazanym terminie,**
* **niedołączenia wymaganych załączników**
1. **Powiatowy Urząd Pracy we Włodawie zastrzega sobie prawo żądania dodatkowych niewymienionych poniżej załączników oraz wyjaśnień pozwalających na rozstrzygnięcie ewentualnych wątpliwości niezbędnych do rozpatrzenia wniosku.**
2. **Każdą stronę wniosku i załączników należy podpisać lub zaparafować. Ponadto, w celu zapewnienia należytej staranności w procesie rozpatrywania wniosków należy spiąć wniosek wraz z załącznikami w sposób trwały.**
3. **W przypadku gdy Wnioskodawca nie jest przedsiębiorcą, a prowadzi działalność gospodarczą należy wypełnić Załącznik nr 2 a do Wniosku.**

**Załączniki, które stanowią integralną część wniosku:**

1. Oświadczenie według załącznika Nr 1 do wniosku lub zaświadczenia o otrzymanej pomocy
za okres obejmujący trzy minione lata (jeżeli dotyczy).
2. Oświadczenie według załącznika Nr 2 do wniosku.
3. Oświadczenie według załącznika Nr 2a do wniosku (składa wyłącznie Wnioskodawca niebędący przedsiębiorcą, prowadzący działalność gospodarczą).
4. **Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis** zgodnie
z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 29.03.2010 r. (t.j.: Dz.U. z 2024 r. poz. 40,
z późn. zm.).
5. Umowa spółki (dotyczy spółek cywilnych).
6. Kopię dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności
– w przypadku braku wpisu do CEIDG oraz KRS (np. uchwała, statut, regulamin, akt założycielski itp.) oraz dokument potwierdzający powołanie na stanowisko kierownika/ dyrektora danej jednostki.
7. Program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu.
8. 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 ww. przepisy).
9. Oświadczenie dotyczące spełniania warunków wybranego priorytetu (do wyboru zgodnie
z wybranym priorytetem według wzorów podanych na wniosku str. 12-16).
10. Pełnomocnictwo do reprezentowania pracodawcy o ile wniosek składa pełnomocnik upoważniony do podejmowania zobowiązań w imieniu pracodawcy.

…………………………………… ……………………………………………………

(miejscowość, data) /podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej

 do reprezentowania Pracodawcy/

**Załącznik nr 1**

*……………………………………………. ………………………………….*

*nazwa/imię i nazwisko pracodawcy  miejscowość, data*

**INFORMACJA O UZYSKANEJ POMOCY *DE MINIMIS***

***Podstawa prawna: art. 7 ust. 4 Rozporządzenia Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis
(Dz. Urz. UE L, 2023/2831 z 15.12.2023).***

Oświadczam, iż ........................................................................................................................:

 (pełna nazwa)

W okresie 3 minionych lat przed złożeniem wniosku o przyznanie pomocy
**uzyskałem(-am)/ nie uzyskałem(-am)**\* **pomoc(-y) *de minimis*, pomoc(-y) *de minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie**, o których mowa w art. 37 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 pkt 1 ustawy
z dnia 30 kwietnia 2004 roku o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej
(tekst jednolity: Dz. U. z 2023 r., poz. 702, z późn. zm.). Wysokość uzyskanej pomocy *de minimis* oraz pomocy *de minims* w rolnictwie i rybołówstwie w okresie 3 minionych lat przed złożeniem wniosku
o przyznanie pomocy wyniosła:

**(wypełnia wyłącznie Wnioskodawca, który uzyskał pomoc *de minimis* oraz pomoc de *minimis* w rolnictwie lub rybołówstwie):**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Podmiot udzielający pomocy | Podstawa prawna otrzymanej pomocy | Dzień udzielenia pomocy(dzień-miesiąc-rok) | Nr programu pomocowego, decyzjilub umowy | Forma pomocy | Wartość pomocy brutto |
| w PLN | w EUR |
| .... |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM |  |  |

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszej informacji są zgodne ze stanem faktycznym.

………………………………..
 (miejscowość i data) .………………………………………………

(pieczątka i podpis Pracodawcy lub osoby upoważnionej
do reprezentowania Pracodawcy)

\*niepotrzebne skreślić

**W przypadku spółek cywilnych wymagane jest złożenie oddzielnych oświadczeń dotyczących spółki
oraz każdego wspólnika spółki.**

**Załącznik nr 2**

*……………………………………………. ………………………………….*

*nazwa/imię i nazwisko pracodawcy  miejscowość, data*

**OŚWIADCZENIE**

**Oświadczam, że:**

* **dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą;**
* nie ubiegam się o środki Krajowego Funduszu Szkoleniowego na kształcenie ustawiczne pracowników objętych niniejszym wnioskiem w innym powiatowym urzędzie pracy;
* środki przeznaczone na kształcenie ustawiczne pracowników objętych niniejszym wnioskiem nie przekroczą **300 %** przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego pracownika;
* zapoznałem/am się z warunkami określonymi w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014r. 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 2004r.
o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2024 r., poz. 475 t.j., z późn. zm.) oraz obowiązującymi w Powiatowym Urzędzie Pracy we Włodawie „**Zasadami przyznawania pracodawcy środków limitu podstawowego z Krajowego Funduszu Szkoleniowego w 2025 r.** **w Powiatowym Urzędzie Pracy we Włodawie”.**
* zostałem/am poinformowany/a, że złożenie wniosku **nie gwarantuje** **otrzymania środków** na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawców z Krajowego Funduszu Szkoleniowego;
* nie będę samodzielnie realizować kształcenia ustawicznego dla własnych pracowników;
* forma kształcenia, o którą wnioskuję **nie rozpoczęła się i nie została już zakończona;**
* przyjmuję do wiadomości, iż w ramach środków KFS nie finansuje się kosztów dojazdu, wyżywienia i zakwaterowania związanych z podjętym kształceniem;
* formy wsparcia w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego objęte niniejszym wnioskiem
**zrealizuję przy udziale zewnętrznego organizatora kształcenia**, który nie jest ze mną powiązany kapitałowo ani osobowo;
* zostałem/am poinformowany/a, że od negatywnego rozpatrzenia wniosku **nie przysługuje
odwołanie**;
* 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**;
* oświadczam, że utrzymam/y zatrudnienie pracownika/ków którego/ych kieruję na kształcenie ustawiczne **co najmniej do dnia zakończenia ostatniej formy wsparcia**;
* przyjmuję do wiadomości, że umowa dotycząca przyznanych środków na kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego jest umową cywilnoprawną i żadnej ze stron nie przysługuje roszczenie jej zawarcia;
* **zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy we Włodawie
(w szczególności w okresie od złożenia wniosku do podpisania umowy) o wszelkich zmianach stanu prawnego lub faktycznego wskazanego w dniu złożenia wniosku**,
* **zobowiązuję się** do złożenia w dniu podpisania umowy w sprawie finansowania działań obejmujących kształcenie ustawiczne pracowników i pracodawcy z Krajowego Funduszu Szkoleniowego dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej,
* **jestem/ nie jestem\*** beneficjentem pomocy w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r.
o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz.U. z 2023 r., poz. 702,
z późn. zm.),
* **zostałem / nie zostałem\*** wpisany decyzją ministra SWiA na listę osób i podmiotów, wobec których stosowane są środki, o których mowa w ustawie o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspierania agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.

………………………………..
 (miejscowość i data) .………………………………………………

(pieczątka i podpis Pracodawcy lub osoby upoważnionej
do reprezentowania Pracodawcy)

**\*niepotrzebne skreślić**

**Załącznik nr 2a**

*……………………………………………. ………………………………….*

*nazwa/imię i nazwisko pracodawcy  miejscowość, data*

OŚWIADCZA **PODMIOT SEKTORA PUBLICZNEGO**

Oświadczam, że znane mi są przepisy dotyczące wymiaru dopuszczalnej pomocy publicznej określone w rozporządzeniu Komisji (UE) nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L, 2023/2831
z 15.12.2023) oraz, że:

1) **prowadzę / nie prowadzę\*** działalności gospodarczej w rozumieniu przepisów ustawy o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej1.

**Poniższy punkt proszę wypełnić w przypadku prowadzenia przez wnioskodawcę jednocześnie działalności statutowej oraz gospodarczej:**

2) pracownik przewidziany do objęcia kształceniem ustawicznym w ramach KFS jest zatrudniony na stanowisku związanym z działalnością **\***:

a/ **mającą charakter gospodarczy**;

b/ **nie mającej charakteru gospodarczego**2 (realizacja wyłącznie zadań statutowych)

3) **prowadzę / nie prowadzę\*** rozdzielności rachunkowej3 pomiędzy działalnością o charakterze gospodarczym a działalnością nie mającą charakteru gospodarczego.

**\* niepotrzebne skreślić**

………………………………..
 (miejscowość i data) .………………………………………………

(pieczątka i podpis Pracodawcy lub osoby upoważnionej
do reprezentowania Pracodawcy)

 W rozumieniu art.2 pkt 17 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej ( tj. Dz. U. z 2023 r., poz. 702, z późn. zm.). Pod pojęciem działalności gospodarczej należy rozumieć działalność gospodarczą, do której zastosowanie mają reguły konkurencji określone w przepisach części trzeciej tytułu VI rozdziału 1 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską (Dz.U. UE 2006 C 321E).

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. Nie ma znaczenia, iż są to podmioty nie nastawione na zysk lub wykonujące zadania społecznie użyteczne (non - profit). Podkreślić należy fakt, iż przepisy wspólnotowe znajdują zastosowanie również do podmiotów sektora publicznego prowadzącego działalność gospodarczą(np. wynajem powierzchni lokalowej, powierzchni reklamowej). 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 orzeczeniem ETS, przez działalność gospodarczą należy rozumieć oferowanie towarów i usług na rynku. Pojęcie to dotyczy zarówno działalności produkcyjnej, jak i dystrybucyjnej i usługowej. W tym przypadku nie jest istotne występowanie zarobkowego charakteru działalności.

2 Oświadczenie to ma mieć odzwierciedlenie w zakresie obowiązków zawodowych osób planowanych do objęcia kształceniem ustawicznym w ramach środków KFS.

3 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 ( tekst jednolity: Dz. U. z 2023 r., poz. 120 z późn. zm.).

***WZORY OŚWIADCZEŃ
(do wyboru zgodnie z wybranym priorytetem)***

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCE PRIORYTETU Nr 1**

/składa Pracodawca, który ubiega się o środki na kształcenie ustawiczne w ramach priorytetu 1/

Oświadczam, że wnioskowane działanie (nazwa: szkolenia/ studiów podyplomowych/ badań lekarskich i/lub psychologicznych/ egzaminu) pn.: ………………………………………………………………………………………………….

dotyczy zawodu: ………………………………………………………………………………, który jest określony jako zawód deficytowy na terenie:

**** Powiatu …………………. *lub* **** Województwa …………………..

w  Barometrze zawodów prognoza na 2025 rok.

[Barometr Zawodów (barometrzawodow.pl)](https://barometrzawodow.pl/#lubelskie)

Szczegółowe uzasadnienie należy wpisać w III części wniosku.

……………………………. ……..…………………………

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

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCE PRIORYTETU Nr 2**

/składa Pracodawca, który ubiega się o środki na kształcenie ustawiczne w ramach priorytetu 2/

Oświadczam, że wnioskowane działanie (nazwa: szkolenia/ studiów podyplomowych/ badań lekarskich i/lub psychologicznych/ egzaminu) pn.: …………………………………………………………………………………………………

w ramach niniejszego wniosku dotyczy osób/osoby, które/która spełnia warunki dostępu
do priorytetu tj. kształcenie ustawiczne związane jest z zastosowaniem w firmie nowych procesów, technologii i/lub narzędzi pracy oraz nabyte umiejętności, które objęte są tematyką wnioskowanej formy wsparcia są powiązane z wykonywanymi zadaniami zawodowymi na stanowisku, na którym korzysta lub będzie korzystała z nowych technologii i/lub narzędzi lub wdrażała nowe procesy**\*.**

**\*** należy **dołączyć** dokumenty wskazujące, że w ciągu jednego roku przed złożeniem wniosku bądź w ciągu trzech

 miesięcy po jego złożeniu zostały/ zostaną zakupione nowe maszyny i narzędzia, bądź będą wdrożone nowe procesy,

 technologie i systemy.

Szczegółowe uzasadnienie należy wpisać w III części wniosku.

……………………………. ……..…………………………

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

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCE PRIORYTETU Nr 3**

/składa Pracodawca, który ubiega się o środki na kształcenie ustawiczne w ramach priorytetu 3/

Oświadczam, że wnioskowane działanie (nazwa: szkolenia/ studiów podyplomowych/ badań lekarskich i/lub psychologicznych/ egzaminu) pn.: ………………………………………………………………………………………………….

w ramach niniejszego wniosku dotyczy osób/osoby, które/która spełnia warunki dostępu do priorytetu nr 3 tj.nabycie nowych umiejętności lub kwalifikacji jest konieczne w związku
z rozszerzeniem/przekwalifikowaniem obszaru działalności firmy

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

 /krótki opis zmian dotyczących rozszerzenia lub przekwalifikowania obszaru działalności/

Oświadczam, że prowadzę działalność na terenie miejscowości ………………………...\*\* znajdującej się w gminie ujętej w rozporządzeniu Rady Ministrów z 16 września 2024 roku
w sprawie wykazu gmin, w których są stosowane szczególne rozwiązania związane
z usuwaniem skutków powodzi z września 2024 r., oraz rozwiązań stosowanych na ich terenie (tekst jednolity : Dz.U. 2024, poz. 1859).

 **\*\*** podać nazwę miejscowości

Szczegółowe uzasadnienie należy wpisać w III części wniosku.

……………………………. ……..…………………………

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

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCE PRIORYTETU Nr 4**

/składa Pracodawca, który ubiega się o środki na kształcenie ustawiczne w ramach priorytetu 4/

Oświadczam, że wnioskowane działanie (nazwa: szkolenia/ studiów podyplomowych/ badań lekarskich i/lub psychologicznych/ egzaminu) pn.: ………………………………………………………………………………………………
w ramach niniejszego wniosku dotyczy osób/osoby, które/która:

spełnia/ spełniają warunki dostępu do priorytetu nr 4 tj. kształcenie ustawiczne związane jest z poprawą zarządzania i komunikacji w firmie w oparciu o zasady przeciwdziałania dyskryminacji i mobbingowi, rozwojem dialogu społecznego, partycypacją pracowniczą i wspieraniem integracji w miejscu pracy.

Szczegółowe uzasadnienie należy wpisać w III części wniosku.

……………………………. ……..…………………………

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

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCE PRIORYTETU Nr 5**

/składa Pracodawca, który ubiega się o środki na kształcenie ustawiczne w ramach priorytetu 5/

Oświadczam, że wnioskowane działanie (nazwa: szkolenia/ studiów podyplomowych/ badań lekarskich i/lub psychologicznych/ egzaminu) pn.: …………………………………………………………………………………………………..
dotyczy osoby/osób, która/które spełnia/spełniają w ramach niniejszego wniosku warunki dostępu do priorytetu nr 5 tj. **kształcenie ustawiczne związane jest z promowaniem, wspieraniem lub poprawą zdrowia psychicznego lub tworzeniem przyjaznych środowisk pracy.**

Szczegółowe uzasadnienie należy wpisać w III części wniosku.

……………………………. ……..…………………………

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

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCE PRIORYTETU Nr 6**/składa Pracodawca, który ubiega się o środki na kształcenie ustawiczne w ramach priorytetu 6/

Oświadczam, że wnioskowane działanie (nazwa: szkolenia/ studiów podyplomowych/ badań lekarskich i/lub psychologicznych/ egzaminu) pn.: …………………………………………………………………………………………………

w ramach niniejszego wniosku dotyczy osób/osoby, które/która spełnia/ spełniają warunki dostępu do priorytetu nr 6 tj. jest zatrudnionym cudzoziemcem, uprawnionym do wykonywania pracy
na terenie RP w okresie kształcenia ustawicznego.

Szczegółowe uzasadnienie należy wpisać w III części wniosku.

……………………………. ……..…………………………

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

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCE PRIORYTETU Nr 7**

/składa Pracodawca, który ubiega się o środki na kształcenie ustawiczne w ramach priorytetu 7/

Oświadczam, że wnioskowane działanie (nazwa: szkolenia/ studiów podyplomowych/ badań lekarskich i/lub psychologicznych/ egzaminu) pn.: …………………………………………………………………………………………………..
dotyczy osoby/ osób, która/które spełnia/ spełniają warunki dostępu do priorytetu tj. odbycie wnioskowanego kształcenia ustawicznego lub nabycie określonych umiejętności
z zakresu usług zdrowotnych / opiekuńczych jest konieczne w związku z wykonywaną pracą.

Oświadczam, że na dzień 01.01.2025 r. posiadam kod PKD 2007 ujęty w Sekcji Q Polskiej Klasyfikacji Działalności lub kod PKD 2025 ujęty w Sekcji R Polskiej Klasyfikacji Działalności: \*\*

 **** **Dział 86 - opieka zdrowotna**

*lub*

 **** **Dział** **87 - pomoc społeczna z zakwaterowaniem**

*lub*

 **** **Dział** **88 - pomoc społeczna bez zakwaterowania**

Szczegółowe uzasadnienie należy wpisać w III części wniosku.

 ……………………………. ……..…………………………

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

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCE PRIORYTETU Nr 8**

/składa Pracodawca, który ubiega się o środki na kształcenie ustawiczne w ramach priorytetu 8/

Oświadczam, że wnioskowane działanie (nazwa: szkolenia/ studiów podyplomowych/ badań lekarskich i/lub psychologicznych/ egzaminu) pn.: ………………………………………………………………………………………………..w ramach niniejszego wniosku dotyczy osób/osoby, które/która:

spełnia warunki dostępu do priorytetu nr 8 tj.posiadanie umiejętności cyfrowych objętych tematyką wnioskowanej formy kształcenia ustawicznego jest powiązane z wykonywaną pracą.

Szczegółowe uzasadnienie należy wpisać w III części wniosku.

……………………………. ……..…………………………

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

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOTYCZĄCE PRIORYTETU Nr 9**

/składa Pracodawca, który ubiega się o środki na kształcenie ustawiczne w ramach priorytetu 9/

Oświadczam, że wnioskowane działanie (nazwa: szkolenia/ studiów podyplomowych/ badań lekarskich i/lub psychologicznych/ egzaminu) pn.: …………………………………………………………………………………………………w ramach niniejszego wniosku dotyczy osób/osoby, które/która:

spełnia warunki dostępu do priorytetu nr 9 tj. kształcenie ustawiczne związane jest z realizacją celów transformacji energetycznej oraz polityki klimatyczno - energetycznej.

Szczegółowe uzasadnienie należy wpisać w III części wniosku.

……………………………. ……..…………………………

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

**Wypełnia Powiatowy Urząd Pracy**

Ocena wniosku pod względem formalnymz uwzględnieniem zgodności z założeniami KFS
oraz posiadanych środków finansowych:

**Proponuję:**

* Przyjąć do realizacji (w całości, zmniejszyć kwotę dofinansowania, itd.)\*
* Odrzucić ze względu na niezgodność z założeniami KFS / brak środków\*

 …………..……..…..………………………

 (data i podpis specjalisty ds. rozwoju zawodowego)

**Przyznaję – nie przyznaję\*** środki Funduszu Pracy w formie KFS z przeznaczeniem na finansowanie działań na rzecz kształcenia ustawicznego pracowników/pracodawcy w kwocie

…….....…………………………….…… zł

słownie………………………..……………………………………………………………………………………,

z przeznaczeniem na:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Działanie** | **Kwota przyznanego dofinansowania ze środków KFS** | **Liczba osób do objęcia wsparciem** |
| Określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego |  |  |
| Kursy realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą |  |  |
| Studia podyplomowe realizowane z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą |  |  |
| Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych |  |  |
| Badania lekarskie i/lub psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu |  |  |
| Ubezpieczenie NNW w związku z podjętym kształceniem |  |  |
| **RAZEM** |  |  |

Uwagi: ………………………………………………………………………………………………………………
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

 (miejscowość, data) (podpis osoby upoważnionej)

\*niepotrzebne skreślić

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH PRZEZ POWIATOWY URZĄD PRACY WE WŁODAWIE Wypełniając obowiązki określone w art. 13 ust. 1
i ust. 2 Rozporządzenia 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 tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. U. UE z 2016 r., L. 119, poz. 1) zwanego dalej Rozporządzeniem, informuję iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy
we Włodawie, Niecała 2, 22-200 Włodawa, Tel. (82) 57-25-240, e-mail: sekretariat@pup.wlodawa.pl
2. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych mogą Państwo kontaktować się
z Inspektorem Ochrony Danych – Łukasz Kalinowski pod adresem e-mail: inspektor@cbi24.pl lub pisemnie na adres Administratora;
3. Pana/Pani dane osobowe przetwarzane będą zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c) RODO
(tj. w związku z realizacją obowiązku prawnego ciążącego na administratorze) w celu zawarcia
i wykonania umowy w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego, na podstawie wniosku pracodawcy o kształcenie ustawiczne własne i pracowników oraz w  celach archiwalnych na podstawie przepisów prawa: ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia
i instytucjach rynku pracy i aktach wykonawczych do tej ustaw oraz zgodnie z art. 6 ust 1 lit b RODO w związku z działaniami zmierzającymi do zawarcia i realizacji umowy
4. Odbiorcami Pana/Pani danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do ich uzyskania na podstawie obowiązujących przepisów prawa oraz na podstawie zawartej umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych w związku z realizacją Umowy z firmą SYGNITY S.A. 02-676 Warszawa ul. Postępu 17B. Na podstawie przepisów prawa,
w przypadku korzystania z różnych form aktywizacji osób bezrobotnych lub poszukujących pracy (m.in. pracodawcy, jednostki szkoleniowe, organizatorzy staży) oraz podmioty, które przetwarzają dane osobowe na podstawie umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych (m.in. podmioty obsługujące wypłatę świadczeń, operatorzy pocztowi, dostawcy usług IT, podmioty przechowujące archiwa zakładowe).
5. Pana/Pani dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wskazanych powyżej celów przetwarzania i w czasie określonym przepisami prawa - 10 lat. Zasady archiwizacji dokumentów oraz okres ich przechowywania określa instrukcja archiwalna oraz jednolity rzeczowy wykaz akt.
6. Pana/Pani dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy
7. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania oraz prawo do ograniczenia ich przetwarzania.
8. Posiada Pan/Pani prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych (jeżeli przetwarzanie danych odbywa się na podstawie zgody).
9. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pan/Pani, iż przetwarzanie danych osobowych Pana/Pani dotyczących narusza przepisy RODO.
10. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest obowiązkiem wynikającym z ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz aktów wykonawczych do tej ustawy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne na podstawie wyrażonej przez Pana/Panią zgody. Konsekwencją niepodania wszystkich wymaganych danych osobowych będzie odmowa korzystania z usług i instrumentów realizowanych przez Powiatowy Urząd Pracy we Włodawie.
11. Pana/Pani dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym w formie profilowania.
1. Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w zawodach określonych jako deficytowe na danym terenie
tj. w powiecie lub w województwie. Wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych.

Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy. Wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie umiejętności cyfrowych.

Wsparcie kształcenia ustawicznego pracodawców i ich pracowników zgodnie z potrzebami szkoleniowymi, które pojawiły się na terenach dotkniętych przez powódź we wrześniu 2024 roku. Wsparcie kształcenia ustawicznego skierowane do pracodawców zatrudniających cudzoziemców.

Poprawa zarządzania i komunikacji w firmie w oparciu o zasady przeciwdziałania dyskryminacji
i mobbingowi, rozwoju dialogu społecznego, partycypacji pracowniczej i wspierania integracji w miejscu pracy.

Promowanie i wspieranie zdrowia psychicznego oraz tworzenie przyjaznych środowisk pracy poprzez m.in. szkolenia z zakresu zarządzania wiekiem, radzenia sobie ze stresem, pozytywnej psychologii, dobrostanu psychicznego oraz budowania zdrowej i różnorodnej kultury organizacyjnej.

Wsparcie cudzoziemców, w szczególności w zakresie zdobywania wiedzy na temat polskiego prawa pracy i integracji tych osób na rynku pracy.

Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych
i opiekuńczych.

Rozwój umiejętności cyfrowych.

Wsparcie rozwoju umiejętności związanych z transformacją energetyczną. [↑](#footnote-ref-1)
2. 2

Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w zawodach określonych jako deficytowe na danym terenie
tj. w powiecie lub w województwie. Wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodach deficytowych.

Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy. Wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie umiejętności cyfrowych.

Wsparcie kształcenia ustawicznego pracodawców i ich pracowników zgodnie z potrzebami szkoleniowymi, które pojawiły się na terenach dotkniętych przez powódź we wrześniu 2024 roku. Wsparcie kształcenia ustawicznego skierowane do pracodawców zatrudniających cudzoziemców.

Poprawa zarządzania i komunikacji w firmie w oparciu o zasady przeciwdziałania dyskryminacji
i mobbingowi, rozwoju dialogu społecznego, partycypacji pracowniczej i wspierania integracji w miejscu pracy.

Promowanie i wspieranie zdrowia psychicznego oraz tworzenie przyjaznych środowisk pracy poprzez m.in. szkolenia z zakresu zarządzania wiekiem, radzenia sobie ze stresem, pozytywnej psychologii, dobrostanu psychicznego oraz budowania zdrowej i różnorodnej kultury organizacyjnej.

Wsparcie cudzoziemców, w szczególności w zakresie zdobywania wiedzy na temat polskiego prawa pracy i integracji tych osób na rynku pracy.

Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych
i opiekuńczych.

Rozwój umiejętności cyfrowych.

Wsparcie rozwoju umiejętności związanych z transformacją energetyczną. [↑](#footnote-ref-2)