Pabianice, dnia ………………

………………………….

(pieczątka pracodawcy)

**Powiatowy Urząd Pracy w Pabianicach**

**ul. Waryńskiego 11**

**95-200 Pabianice**

**Formularz aktualizacyjny**

**do wniosku/umowy o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego**

**w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

**dotyczący rezygnacji pracownika/pracodawcy z kształcenia ustawicznego**

**□** W związku ze złożonym wnioskiem o dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego nr …………… w dniu………………………………………………………

□ W związku z podpisaną umową na dofinansowanie kosztów kształcenia ustawicznego w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego w dniu ……………... nr umowy ………………………………………………………...

informuję, iż następująca liczba osób rezygnuje z kształcenia ustawicznego:

|  |  |
| --- | --- |
| **LICZBA OSÓB REZYGNUJĄCYCH Z KSZTAŁCEIA USTAWICZNEGO**  (po zawarciu umowy należy podać dodatkowo imię i nazwisko pracowników) |  |
| **NAZWA KSZTAŁCENIA** |  |

Uzasadnienie rezygnacji z kształcenia ustawicznego: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Po rezygnacji zmianie ulegają następujące dane:

**Rodzaj kształcenia ustawicznego i sposób finansowania:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj kształcenia ustawicznego** | **Ilość osób** | **Kwota wnioskowana z KFS** | **Kwota wkładu własnego** | **Całkowity koszt danego kształcenia** |
| Określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego w związku z ubieganiem się o sfinansowanie tego kształcenia ze środków KFS |  |  |  |  |
| Kurs/szkolenie |  |  |  |  |
| Studia podyplomowe |  |  |  |  |
| Egzamin umożliwiający uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych |  |  |  |  |
| Badania lekarskie/psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończeniu kształcenia |  |  |  |  |
| Ubezpieczenie od następstw od nieszczęśliwych wypadków w związku z podjęciem kształcenia |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |  |

**Informacja zbiorcza o uczestnikach kształcenia ustawicznego**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | **pracownicy** | **w tym Kobiety** |
| **Według wieku** | **15-24 lat** |  |  |
| **25-34 lat** |  |  |
| **35-44 lat** |  |  |
| **45 lat i powyżej** |  |  |
| **Według wykształcenia** | **Gimnazjalne i poniżej** |  |  |
| **Zasadnicze zawodowe** |  |  |
| **Średnie ogólnokształcące** |  |  |
| **Policealne i średnie zawodowe** |  |  |
| **Wyższe** |  |  |
| **Według nazwy grupy zawodów** | **Siły zbrojne** |  |  |
| **Kierownicy** |  |  |
| **Specjaliści** |  |  |
| **Technicy i inny średni personel** |  |  |
| **Pracownicy biurowi** |  |  |
| **Pracownicy usług**  **i sprzedawcy** |  |  |
| **Rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy** |  |  |
| **Robotnicy przemysłowi**  **i rzemieślnicy** |  |  |
| **Operatorzy i monterzy maszyn i urządzeń** |  |  |
| **Pracownicy wykonujący prace proste** |  |  |
| **Według charakteru pracy** | **Osoby wykonujące pracę w szczególnych warunkach oraz pracę o szczególnym charakterze** |  |  |
| **W tym osoby mogące to udokumentować** |  |  |

Oświadczam, iż pozostałe dane zawarte we wniosku nie ulegają zmianie.

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

Miejscowość, data, pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

*(zgodnie z dokumentem rejestrowym lub załączonym pełnomocnictwem)*

*Uwaga! Zmiany w powyższym formularzu stanowią podstawę do sporządzenia aneksu do umowy w formie pisemnej.*