



POWIATOWY URZĄD PRACY  
ul. Fabryczna 3, 18-300 Zambrów,  
tel. (086) 270 82 10, fax. (086) 271 44 59



.....

(pieczętka Pracodawcy)

Zambrów, dn. ....

**WNIOSEK O PRYZNANIE ŚRODKÓW Z KRAJOWEGO FUNDUSZU  
SZKOLENIOWEGO (KFS) NA KSZTAŁCENIE USTAWICZNE PRACOWNIKÓW  
I PRACODAWCÓW**

Zgodnie z art. 69 b ust. 1 ustawy z 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy  
tekst jedn. Dz.U z 2025r. poz. 214 z późn. zmian. oraz rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r.  
w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz. U. z 2018r., poz. 177).

<b>I. DANE WNIOSKODAWCY – PRACODAWCY</b>			
Nazwa Pracodawcy			
Adres siedziby			
Adres miejsca prowadzenia działalności			
Forma prawna prowadzonej działalności (spółdzielnia, spółka, działalność indywidualna, inna)			
Numer identyfikacji podatkowej NIP		Numer identyfikacyjny REGON	
Numer działalności gospodarczej według PKD z opisem		Numer ewidencyjny PESEL ( w przypadku osoby fizycznej)	
Wielkość przedsiębiorstwa (jeśli dotyczy) 1) Mikro przedsiębiorstwa definiuje się jako przedsiębiorstwa, które: zatrudniają mniej niż 10 pracowników oraz spełniają jeden z następujących warunków: roczne obroty nie przekraczają 2 milionów EURO, lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EURO, 2) Małe przedsiębiorstwa definiuje się jako przedsiębiorstwa, które: zatrudniają mniej niż 50 pracowników, oraz spełniają jeden z następujących warunków: - roczne obroty nie przekraczają 10 milionów EURO, lub - roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EURO, 3) Średnie przedsiębiorstwa definiuje się jako przedsiębiorstwa, które: a) zatrudniają mniej niż 250 pracowników, oraz spełniają jeden z następujących warunków: roczne obroty nie przekraczają 50 milionów EURO, lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EURO.			<input type="checkbox"/> mikro <input type="checkbox"/> małe <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> duże <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Liczba zatrudnionych pracowników Należy podać liczbę pracowników, którzy u Pracodawcy świadczą pracę na podstawie: a) stosunku pracy, tj. zatrudnionych zgodnie z kodeksem pracy, na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę, b) stosunku służbowego, c) umowy o pracę nakładczą.			
w tym okres zatrudnienia przynajmniej 1 pracownika: od.....do.....*			
* wypełnia wyłącznie pracodawca zatrudniający 1 pracownika.			
Numer rachunku bankowego		-----	

## II. CAŁKOWITA WARTOŚĆ I HARMONOGRAM PLANOWANYCH DZIAŁAŃ KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO

Wysokość wsparcia dla Wnioskodawcy może wynosić:

1. 80% kosztów kształcenia ustawicznego sfinansuje KFS, nie więcej jednak niż do wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika, pracodawca pokryje 20% kosztów;
2. 100% kosztów kształcenia ustawicznego – jeśli należy do grupy mikroprzedsiębiorców, nie więcej jednak niż do wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika.

Uwaga:

wysokość wsparcia:

- **80% kosztów kształcenia ustawicznego sfinansuje KFS**, nie więcej jednak niż do wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika, pracodawca pokryje 20% kosztów;

- **100% kosztów kształcenia ustawicznego** – jeśli pracodawca należy do grupy mikroprzedsiębiorców, nie więcej jednak niż do wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika.

**wkład własny:**

**nie należy przy wyliczaniu wkładu własnego pracodawcy uwzględniać 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., wyżywienia, noclegów.**

Całkowita wysokość wydatków, która zostanie poniesiona na działania związane z kształceniem ustawicznym	
Kwota wnioskowana z KFS	
Kwota wkładu własnego wnoszonego przez pracodawcę	

## III. OSOBA UPOWAŻNIONA DO REPREZENTACJI I PODPISYWANIA WNOSKOWANEJ UMOWY

(Dane osoby (osób), która zgodnie z dokumentem rejestracyjnym (ewidencyjnym) lub pełnomocnictwem jest upoważniona do reprezentowania Pracodawcy i podpisywania umów, w tym zaciągania zobowiązań finansowych (pełnomocnictwo należy dołączyć do wniosku)

Imię i nazwisko		Stanowisko służbowe	
Imię i nazwisko		Stanowisko służbowe	

## OSOBA UPOWAŻNIONA DO KONTAKTU

Imię i Nazwisko		Stanowisko służbowe	
Tel./ Fax		e-mail	

#### IV. DZIAŁANIA DO SFINANSOWANIA Z UDZIAŁEM KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO

RODZAJ KSZTAŁCENIA	NAZWA/ KIERUNEK KSZTAŁCENIA	TERMIN REALIZACJI (od... do...) / LICZBA GODZIN	ORGANIZATOR KSZTAŁCENIA (nazwa, adres, NIP)	CAŁKOWITA WYSOKOŚĆ WYDATKÓW	KWOTA WNIOSKOWANA Z KFS	WKŁAD WŁASNY	LICZBA UCZESTNIKÓW:					
							Ogółem/w tym kobiet	15-24 lata/ w tym kobiet	25-34 lata/ w tym kobiet	35-44 lata/ w tym kobiet	45 lat i więcej/ w tym kobiet	
<b>BADANIE POTRZEB SZKOLENIOWYCH</b>												
<b>SZKOLENIA/KURSY</b>	1.											
	2.											
	3.											
<b>STUDIA PODYPLOMOWE</b>	1.											
	2.											
EGZAMINY umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych	1.											
	2.											
<b>BADANIA LEKARSKIE I PSYCHOLOGICZNE</b> wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu	1.											
	2.											
<b>UBEZPIECZENIE</b> od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem	1.											
	2.											
<b>RAZEM</b>												

**V. INFORMACJA O UCZESTNIKACH KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO/UZASADNIENIE WNIOSKU.**  
W celu uzasadnienia odbycia wskazanego rodzaju i tematu kształcenia dla każdej osoby należy wypełnić poniższą tabelę

L.p	Imię i nazwisko uczestnika	PESEL	Wykształcenie 1	Okres trwania umowy o pracę (od.....do....)	Grupa zawodowa 2/nazwa	Zajmowane stanowisko i rodzaj wykonywanych prac	Nazwa kształcenia ustawicznego3/ rodzaj (np. nazwa szkolenia)	Priorytet (1,2,3,4,5 lub 6) Informację o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osób, które będą objęte kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS: - TAK –jakie? lub NIE	Udokumentowane co najmniej 15 lat pracy w szczególnych warunkach lub charakterze TAK/NIE
1.								Priorytet nr:  Uzasadnienie:	
2.								Priorytet nr:  Uzasadnienie:	
3.								Priorytet nr:  Uzasadnienie:	
4.								Priorytet nr:  Uzasadnienie:	
5.								Priorytet nr:  Uzasadnienie:	

## **VI. LICZBA SKIEROWANYCH OSÓB ZGODNIE Z PRIORYTETAMI RADY RYNKU PRACY NA ROK 2024**

(proszę zaznaczyć, którym priorytetem kieruje się Pracodawca wnosząc o środki KFS)

1. wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy - ..... osób
2. wsparcie kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub w województwie zawodach deficytowych - ..... osób
3. wsparcie kształcenia ustawicznego dla osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem oraz osób będących członkami rodzin wielodzietnych - ..... osób
4. wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie umiejętności cyfrowych - ..... osób
5. wsparcie kształcenia ustawicznego osób pracujących w branży motoryzacyjnej - ..... osób
6. wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia - ..... osób
7. wsparcie kształcenia ustawicznego skierowanie do pracodawców zatrudniających cudzoziemców - ..... osób
8. wsparcie kształcenia ustawicznego w zakresie zarządzania finansami i zapobieganie sytuacjom kryzysowym w przedsiębiorstwach –  
.....osób

**Liczba osób, które mają wziąć udział w kształceniu ustawicznym:.....,**

**w tym pracowników:.....**

## VII. PORÓWNANIE OFERT RYNKOWYCH PLANOWANEGO KURSU/STUDIÓW PODYPLOMOWYCH/EGZAMINU/BADAŃ

Oświadczam, że dokonałem/am rozeznania rynku w/w usług w przedmiotowym zakresie. Racjonalność wydatkowania środków KFS potwierdzam pozyskanymi ofertami (opisanymi w tabeli), które zobowiązuję się udostępnić na każde żądanie urzędu oraz przechowywać przez okres wynikający z umowy.

		OFERTA I (oferta wybrana przez pracodawcę)	OFERTA II	OFERTA III
1	<b>Nazwa i siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego</b> Instytucji Szkoleniowej/Uczelni/ Przychodni/Ubezpieczyciela			
2	<b>Nazwa kursu/</b> studiów podyplomowych / egzaminu/badań			
3	<b>Termin</b> szkolenia/ studiów podyplomowych/ egzaminu/badań			
4	<b>Cena*</b> kursu/ studiów podyplomowych/ egzaminu/badań (na 1 uczestnika) * bez kosztów związanych z przejazdem, zakwaterowaniem i wyżywieniem.			
5	<b>Liczba godzin</b> kursu/ studiów podyplomowych (na 1 uczestnika)			
6	<b>UZASADNIENIE WYBORU REALIZATORA USŁUGI KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO FINANSOWANEJ ZE ŚRODKÓW KFS</b>			
7	Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego, a w przypadku kursów – posiadanie dokumentu, na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego			

**VIII. INFORMACJA O PLANACH DOTYCZĄCYCH DALSZEGO ZATRUDNIENIA OSÓB,  
KTÓRE BĘDĄ OBJĘTE KSZTAŁCENIEM USTAWICZNYM FINANSOWANYM ZE ŚRODKÓW  
KFS ORAZ UZASADNIENIE CELOWOŚCI FINANSOWANIA KSZTAŁCENIA.**

**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 3 lat”) **oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.**

.....  
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentacji  
i składania oświadczeń, zgodnie z dokumentem rejestrowym)

## **UWAGA !**

**Wnioski o przyznanie środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego wraz z wymaganymi załącznikami przyjmowane są w terminie określonym w naborze.**

**W przypadku gdy wniosek pracodawcy jest wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, urząd wyznacza termin nie krótszy niż 7 dni i nie dłuższy niż 14 dni do jego poprawienia lub uzupełnienia.**

**W przypadku niepoprawienia wniosku we wskazanym terminie i niedołączenia załączników wniosek pozostaje bez rozpatrzenia.**

**Przyznanie środków 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.**

**Na podstawie art. 69b ust 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jedn. Dz.U z 2025r. poz. 214 z późn. zmian,) na wniosek pracodawcy, na podstawie umowy, starosta może przyznać środki z KFS na sfinansowanie: kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy, w wysokości:**

- 80 % kosztów kształcenia ustawicznego, nie więcej jednak niż 300 % przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika;
- 100 %, kosztów kształcenia ustawicznego, nie więcej jednak niż 300 % przeciętnego wynagrodzenia w danym roku na jednego uczestnika w przypadku mikroprzedsiębiorstw.

**Każdy punkt wniosku powinien być wypełniony w sposób czytelny.**

**Nie należy modyfikować i usuwać elementów wniosku. Ewentualne dodatkowe informacje należy sporządzić jako załącznik.**

**Wniosek może być złożony w Powiatowym Urzędzie Pracy w Zambrowie, jeżeli pracodawca posiada siedzibę lub prowadzi działalność na terenie powiatu zambrowskiego.**

### **Akty prawne:**

1. Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jedn. Dz.U z 2025r. poz. 214 z późn. zm.).
2. Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz.U. z 2018 poz. 117).
3. Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007 r. nr 59 poz. 404 z późn.zm.) oraz jej przepisów wykonawczych.
4. Rozporządzenie Komisji (UE) nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu funkcji Unii Europejskiej do pomocy de minimis.

### **Do wniosku pracodawca dołącza:**

1. Oświadczenie wnioskodawcy – załącznik nr 1;
2. Informacja – załącznik nr 2;
3. Oświadczenie o zawarciu umowy z pracownikami - załącznik nr 3;
4. Oświadczenie o otrzymaniu pomocy publicznej i pomocy de minimis (w przypadku wniosku składanego przez spółkę cywilną – dodatkowo oświadczenie imienne wszystkich współników) – załącznik nr 4;
5. Zaświadczenie z uczelni potwierdzające kierunek studiów podyplomowych i wysokość opłat za studia – załącznik nr 5;
6. Oferta usługi szkoleniowej – załącznik nr 6;
7. Oświadczenie dotyczące powiązań z innymi przedsiębiorstwami (załącznik nr 7) - jeżeli dotyczy
8. Deklaracja ZUS DRA (Liczba ubezpieczonych osób).
9. Dokument potwierdzający formę prawną firmy (zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, wpis do Krajowego Rejestru Sądowego, inne).
10. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis – wzór formularz dostępny na stronie internetowej urzędu [www.pupzambrow.pl](http://www.pupzambrow.pl), lub na stronie internetowej Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów [www.uokik.gov.pl](http://www.uokik.gov.pl) w zakładce pomoc publiczna,
11. Pełnomocnictwo do reprezentowania Pracodawcy – pełnomocnictwo nie jest wymagane, jeżeli osoba podpisująca wniosek jest upoważniona z imienia i nazwiska do reprezentowania podmiotu w odnośnym dokumencie rejestracyjnym,
12. Kserokopię umowy spółki w przypadku spółki cywilnej.



<b>IX. WYPEŁNIA POWIATOWY URZĄD PRACY W ZAMBROWIE</b>	
<b>Ocena wniosku</b>	
Zgodność dofinansowanych działań z ustalonymi priorytetami wydatkowania środków KFS na dany rok	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Zgodność kompetencji nabytych przez uczestników kształcenia ustawicznego z potrzebami lokalnego rynku pracy	<input type="checkbox"/> Zgodne <input type="checkbox"/> Niezgodne
Koszty usługi kształcenia ustawicznego wskazanej do sfinansowania ze środków KFS w porównaniu z kosztami podobnych usług dostępnych na rynku pracy	<input type="checkbox"/> Niski <input type="checkbox"/> Średni <input type="checkbox"/> Wysoki
Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego finansowanej ze środków KFS certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego	<input type="checkbox"/> Posiada <input type="checkbox"/> Nie posiada
W przypadku kursów – posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego dokumentu, na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego	<input type="checkbox"/> Posiada <input type="checkbox"/> Nie posiada
Plany dotyczące dalszego zatrudnienia osób, które będą objęte kształceniem ustawicznym finansowanym ze środków KFS	<input type="checkbox"/> Pozytywne <input type="checkbox"/> Negatywne
Możliwość finansowania ze środków KFS działań określonych we wniosku, z uwzględnieniem limitów, o których mowa w art. 109 ust. 2k i 2m ustawy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Negocjacje między starostą a pracodawcą treści wniosku, w celu ustalenia ceny usługi kształcenia ustawicznego, liczby osób objętych kształceniem ustawicznym, realizator usługi, programu kształcenia ustawicznego lub zakresu egzaminu, z uwzględnieniem zasady zapewnienia najwyższej jakości usług oraz zachowaniem racjonalnego wydatkowania środków publicznych.	

### **WYPEŁNIA POWIATOWY URZĄD PRACY W ZAMBROWIE**

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

- do poprawy/uzupełnienia
- do realizacji
- niezgodny z priorytetami KFS
- brak środków

.....  
(data i podpis pracownika PUP)

Wyrażam zgodę: .....  
(Dyrektor PUP lub osoba upoważniona)

Nie wyrażam zgody: .....  
(Dyrektor PUP lub osoba upoważniona)

**Oświadczenie Wnioskodawcy:**

1.	Jestem pracodawcą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks Pracy, ponieważ zatrudniam/y co najmniej jednego pracownika.
2.	<b>Nie zalegam / zalegam*</b> w dniu złożenia niniejszego wniosku z wypłacaniem wynagrodzeń pracownikom oraz z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych oraz Fundusz Emerytur Pomostowych.
3.	<b>Nie znajduję / znajduję*</b> się w stanie likwidacji i upadłości. <b>Nie jestem / jestem*</b> w trakcie zwolnień grupowych.
4.	<b>Nie mam zadłużenia / mam zadłużenie*</b> wobec Skarbu Państwa w opłatach z tytułu podatków.
5.	<b>Spełniam/ nie spełniam*</b> warunki/ów rozporządzenia Komisji (UE) nr 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis <input type="checkbox"/> nie dotyczy
6.	<b>Spełniam/ nie spełniam*</b> warunki/ów 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). <input type="checkbox"/> nie dotyczy
7.	<b>Spełniam/ nie spełniam*</b> warunki/ów rozporządzenia Komisji (WE) nr 875/2007 z dnia 24 lipca 2007 r. w sprawie stosowania art. 87 i 88 Traktatu WE w odniesieniu do pomocy w ramach zasady de minimis dla sektora rybołówstwa i zmieniającego rozporządzenie (WE) nr 1860/2004 (Dz. Urz. UE L193 z 25.07.2007, str. 6), ponieważ w ciągu bieżącego roku kalendarzowego oraz dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych nie korzystałem/liśmy ze środków pomocy przekraczających kwotę <b>30 tys. EUR.</b> <input type="checkbox"/> nie dotyczy
8.	Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy publicznej, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy ze starostą otrzymam pomoc publiczną.
9.	<b>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.</b>
10.	Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Powiatowego Urzędu Pracy w Zambrowie jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy zmianie ulegnie stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.
11.	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.
12.	Zapoznałem się z materiałem informacyjnym dla pracodawców, zamieszczonym na stronie internetowej Powiatowego Urzędu Pracy w Zambrowie - dotyczącymi Krajowego Funduszu Szkoleniowego.
13.	Pouczony(a) o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego „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 8 lat”
14.	Oświadczam, że ubiegam* / nie ubiegam* się o środki KFS na szkolenie wyżej wymienionych pracowników w innym urzędzie pracy.

\* *niepotrzebne skreślić*

.....  
(pieczęćka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej)

## **Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych**

Wypełniając obowiązki określone w art. 13 oraz 14 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 takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) dalej „RODO” Powiatowy Urząd Pracy w Zambrowie informuje, iż:

1. Administratorem danych osobowych podanych przez Wnioskodawcę jest Powiatowy Urząd Pracy w Zambrowie (18-300) przy ulicy Fabrycznej 3 (III piętro).
2. Administrator zgodnie z art. 37 ust. 1 RODO wyznaczył inspektora ochrony danych. Kontakt z inspektorem ochrony danych jest możliwy poprzez adres email: [iodo@zambrow.praca.gov.pl](mailto:iodo@zambrow.praca.gov.pl) lub listownie na adres Administratora z dopiskiem „IOD”.
3. Dane osobowe będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO w związku z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy w celu realizacji procesu kształcenia ustawicznego finansowanego ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego.
4. Dane mogą zostać udostępnione podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, podwykonawcom na podstawie zawartych umów (świadczącym wsparcie w zakresie systemów informatycznych, ochrony danych osobowych).
5. Dane osobowe będą przechowywane w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną Powiatowego Urzędu Pracy w Zambrowie.
6. Dane osobowe:
  - a) pracownika (imię, nazwisko, PESEL, wykształcenie, okres trwania umowy o pracę, grupa zawodowa, stanowisko, rodzaj wykonywanej pracy),
  - b) osoby upoważnionej do podpisania umowy (imię, nazwisko, stanowisko),
  - c) osoby do kontaktu (imię, nazwisko, stanowisko, telefon, mail)pozyskane zostały od Wnioskodawcy.
7. Posiada Pani/Pan prawo do:
  - a) dostępu do danych osobowych Pani/Pana dotyczących;
  - b) sprostowania Pani/Pana danych osobowych;
  - c) żądania od Administratora ograniczenia przetwarzania danych osobowych;
  - d) prawo do usunięcia danych osobowych;
  - e) prawo do przenoszenia danych osobowych;
  - f) prawo sprzeciwu, wobec przetwarzania danych osobowych;
  - g) prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO;
8. Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym. Niepodanie danych uniemożliwi realizację celu, o którym mowa w pkt. 3.
9. Dane nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani organizacji międzynarodowej.
10. Pana(i) dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

Zapoznałem(am) się z niniejszą informacją:

Zambrow, dnia.....

.....  
(czytelny podpis pracownika/pracodawcy/osób upoważnionych do kontaktu i reprezentowania pracodawcy)

**Oświadczenie  
o zawarciu umowy z pracownikami**

Oświadczam, że na podstawie art. 69b ust 3 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r.  
o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jedn. Dz.U z 2025r. poz. 214 z późn. zm.)

dnia ..... 2024 r. z (wymienić pracowników):

.....  
(imię i nazwisko pracownika)

.....  
(imię i nazwisko pracownika)

.....  
(imię i nazwisko pracownika)

.....  
(imię i nazwisko pracownika)

została podpisana umowa określająca prawa i obowiązki pracownika i pracodawcy związane z jego/ich udziałem w kształceniu ustawicznym finansowanym ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego na podstawie umowy nr ...../KFS/2024 z dnia .....2024 r.

Umowy te znajdują się w dyspozycji Pracodawcy, który zobowiązuje się do ich przedstawienia na każde żądanie Starosty.

.....  
(pieczęć i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej)

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY O OTRZYMANEJ POMOCY DE MINIMIS**

.....  
 .....  
 (imię i nazwisko, miejsce zamieszkania i adres albo firma, siedziba i adres podmiotu ubiegającego się o pomoc)

Świadomy(a), iż zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, zgodnie z art. 233 k.k. podlega karze pozbawienia wolności do lat 3, oświadczam, że w ciągu bieżącego roku kalendarzowego oraz dwóch poprzedzających go lat kalendarzowych:

nie otrzymałem(am) pomocy de minimis\*

otrzymałem(am) pomoc de minimis w wysokości..... euro i dołączam kserokopie, potwierdzone za zgodność z oryginałem, zaświadczeń o pomocy de minimis uzyskanej w ciągu 3 lat przed dniem złożenia wniosku\*

\*- właściwe zaznaczyć

L.p.	Data udzielenia pomocy	Nr umowy	Nazwa instytucji udzielającej pomocy	Wartość pomocy brutto		Cel przeznaczenia pomocy
				w zł	w EURO	
<b>OGÓLEM</b>						

.....  
 (miejscowość i data)

.....  
 (pieczętka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej)

.....  
(pieczęć uczelni)

..... dnia .....  
(miejscowość, data)

**Zaświadczenie  
z uczelni potwierdzające kierunek studiów podyplomowych i wysokość opłat za studia**

.....  
.....  
.....  
(pełna nazwa i adres uczelni, wydział, kierunek)

**Nazwa kierunku studiów podyplomowych**.....zł.

**Termin studiów podyplomowych:**

- data rozpoczęcia studiów podyplomowych: .....

- data zakończenia studiów podyplomowych: .....

**Koszt studiów podyplomowych**.....zł.

(słownie:.....)

**Warunki płatności: płatne jednorazowo / w ratach\*** (ilość rat).....,

w terminie.....

Nazwisko i imię, nr telefonu osoby wyznaczonej do udzielania informacji.....

.....

.....  
(pieczęć i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej)

.....  
\*niepotrzebne skreślić

**OFERTA USŁUGI SZKOLENIA**  
**INFORMACJE DOTYCZĄCE INSTYTUCJI PROPONUJĄCEJ USŁUGĘ SZKOLENIA**

(OFERTA MOŻE BYĆ ZŁOŻONA W INNEJ FORMIE  
O ILE ZAWIERWA WSZYSTKIE WYMAGANE ELEMENTY)

Nazwa instytucji .....

Osoba do kontaktu .....

Tel. ....

e-mail .....

NIP .....

REGON .....

PKD .....

Osoba upoważniona do reprezentowania:

.....

Posiadane certyfikaty jakości usług (kopie w załączeniu).

Rodzaj wydawanych dokumentów potwierdzających ukończenie kształcenia ustawicznego i uzyskania kwalifikacji (wzory w załączeniu) .....

.....

.....

## PROGRAM SZKOLENIA

.....  
(nazwa kształcenia ustawicznego)

### I. ZAKRES SZKOLENIA

.....  
.....

### II. CZAS TRWANIA I SPOSÓB ORGANIZACJI SZKOLENIA

- II. 1. Ilość dni (kalendarzowych) szkolenia: .....
- II. 2. Proponowany termin ) szkolenia: od..... do .....
- II. 3. Liczba godzin ogółem – ....., w tym: teoretycznych - ....., praktycznych - .....
- II. 4. Miejsce ) kształcenia ustawicznego:
- teoretycznego: .....
- praktycznego : .....

### III. WYMAGANIA WSTĘPNE DLA UCZESTNIKÓW SZKOLENIA

.....  
.....

### IV. CELE KSZTAŁCENIA SZKOLENIA

.....  
.....

### V. PLAN NAUCZANIA (określający tematy zajęć edukacyjnych oraz ich wymiar z uwzględnieniem, w miarę potrzeby, części teoretycznej i części praktycznej)

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

### VI. OPIS TREŚCI SZKOLENIA (w zakresie poszczególnych zajęć edukacyjnych)

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

### VII. WYKAZ LITERATURY ORAZ NIEZBĘDNYCH ŚRODKÓW I MATERIAŁÓW DYDAKTYCZNYCH

.....  
.....

### VIII. PRZEWIDYWANE SPRAWDZIANY I EGZAMINY

.....

.....  
(data i miejscowość)

.....  
(Podpis i pieczęć imienna upoważnionego przedstawiciela wykonawcy)



## KALKULACJA KOSZTÓW SZKOLENIA

pn .....

liczba godzin kształcenia ustawicznego jednej osoby ..... liczba osób w grupie .....

Lp.	Treść	Kwota złotych
<b>WYNAGRODZENIE BEZPOŚREDNIE</b>		
1.	Wynagrodzenie wykładowców i instruktorów	
2.	Wynagrodzenie kierownika	
<b>I. WYNAGRODZENIE BEZPOŚREDNIE RAZEM:</b> (poz. 1+2)		
<b>MATERIAŁY BEZPOŚREDNIE</b>		
3.	Materiały kształcenia ustawicznego (m. in.: skrypty, podręczniki)	
4.	Środki dydaktyczne	
5.	Maszyny, urządzenia, materiały eksploatacyjne użyte do kształcenia ustawicznego	
<b>II. MATERIAŁY BEZPOŚREDNIE RAZEM:</b> (poz. 3+4)		
	Treść	Kwota złotych
<b>III. INNE KOSZTY</b> (np. koszty dotyczące sali wykładowej, warsztatów związane bezpośrednio z realizacją kształcenia ustawicznego; koszty obsługi administracyjno-biurowej stanowiące wydatki bieżące związane z realizacją kształcenia ustawicznego; koszty zaświadczeń, certyfikatów dotyczące szkolenia)		
<b>IV. KOSZT SZKOLENIA RAZEM</b> (poz. I+II+III)		
<b>V. KOSZT EGZAMINU</b>		
<b>VI. KOSZT SZKOLENIA JEDNEGO SŁUCHACZA</b> (poz. IV dzielona przez ilość osób w grupie)		

.....  
(data i miejscowość)

.....  
(Podpis i pieczęć imienna upoważnionego przedstawiciela wykonawcy)

**Wykaz osób przewidzianych do przeprowadzenia szkolenia**

pn. ....

Lp.	NAZWISKO I IMIĘ	WYKSZTAŁ- CENIE	DOŚWIADCZENIE KWALIFIKACJE UPRAWNIENIA	ROLA W REALIZACJI ZAMÓWIENIA (omawiane zagadnienia)
1.				
2.				
3.				
4.				

.....  
(data i miejscowość)

.....  
(Podpis i pieczęć imienna upoważnionego przedstawiciela wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE POWIĄZAŃ Z INNYMI PRZEDSIĘBIORSTWAMI****1. Powiązania z innymi przedsiębiorcami****Jestem/nie jestem\*** powiązany z innymi przedsiębiorcami.

Jeżeli tak, to:

czy pomiędzy Wnioskodawcą a innymi przedsiębiorcami istnieją powiązania polegające na tym, że:

- jeden przedsiębiorca posiada w drugim większość praw głosu akcjonariuszy, wspólników lub członków?  tak  nie
- jeden przedsiębiorca ma prawo wyznaczyć lub odwołać większość członków organu administracyjnego, zarządzającego lub nadzorczego innego przedsiębiorcy?  tak  nie
- jeden przedsiębiorca ma prawo wywierać dominujący wpływ na innego przedsiębiorcę zgodnie z umową zawartą z tym przedsiębiorcą lub postanowieniami w jego akcie założycielskim lub umowie spółki?  tak  nie
- jeden przedsiębiorca, który jest akcjonariuszem lub wspólnikiem innego przedsiębiorcy lub jego członkiem, samodzielnie kontroluje, zgodnie z porozumieniem z innymi akcjonariuszami, wspólnikami lub członkami tego przedsiębiorcy, większość praw głosu akcjonariuszy, wspólników lub członków tego przedsiębiorcy?  tak  nie
- przedsiębiorca pozostaje w jakimkolwiek ze stosunków opisanych powyżej poprzez jednego innego przedsiębiorcę lub kilku innych przedsiębiorców?  tak  nie

W przypadku zaznaczenia przynajmniej jednej odpowiedzi twierdzącej, należy podać:

a) wartość pomocy udzielonej łącznie wszystkim powiązanim z wnioskodawcą przedsiębiorcą

b) numery NIP wszystkich powiązanych z wnioskodawcą przedsiębiorców

**2. Informacja o łączeniu, przejęciu lub powstaniu wnioskodawcy w wyniku podziału**

Czy wnioskodawca w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz w okresie dwóch poprzedzających lat podatkowych:

- a) powstał skutek połączenia się co najmniej dwóch przedsiębiorców?  tak  nie
- b) przejął innego przedsiębiorcę?  tak  nie
- c) powstał w wyniku podziału innego przedsiębiorcy na co najmniej dwóch przedsiębiorców?  tak  nie

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w lit a) lub b), należy podać:

a) łączną wartość udzielonej pomocy de minimis wszystkim połączonym lub przejętym przedsiębiorcą

b) numery identyfikacji podatkowej NIP wszystkich połączonych lub przejętych przedsiębiorców

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej w lit c), należy podać:

a) wartość pomocy de minimis udzielonej przedsiębiorcy istniejącemu przed podziałem w odniesieniu do działalności przejmowanej przez wnioskodawcę

b) numer NIP przedsiębiorcy przed podziałem

Jeśli nie jest możliwe ustalenie jaka część pomocy de minimis uzyskanej przez przedsiębiorcę przed podziałem przeznaczona była na działalność przejętą przez przedsiębiorcę ubiegającego się o pomoc de minimis, należy podać:

a) wartość całej pomocy de minimis udzielonej przedsiębiorcy przed podziałem

b) wartość kapitału przedsiębiorcy przed podziałem

d) wartość kapitału wnioskodawcy na moment podziału

d) numer NIP przedsiębiorcy przed podziałem

\*niepotrzebne skreślić

Informuję, że dane zawarte w niniejszej informacji są zgodne ze stanem faktyczny

Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe.

Zostałem poinformowany o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(pieczęćka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej)