**Załącznik nr 1 do Wniosku KFS**

**WYKAZ OSÓB OBJĘTYCH KSZTAŁCENIEM USTAWICZNYM**

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

Nazwa pracodawcy

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

Adres pracodawcy

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Imię i nazwisko** **uczestnika kształcenia** | **Wiek****uczestnika kształcenia****wg grup wieku** | **Poziom wykształcenia uczestnika kształcenia** | **Zawód wykonywany przez** **uczestnika kształcenia** | **Rodzaj zawartej umowy oraz jej okres** | **Pełna nazwa kształcenia ustawicznego** **(szkolenia/****St. podyplomowych/****egzamin)** | **Nazwa** **realizatora usługi** | **Planowany termin realizacji** **od-do** | **Koszt kształcenia****w złotych** **na** **1 uczestnika** |
| **15-24****lata** | **25-34****lata** | **35-44****lata** | **45 lat i więcej** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

……………………. ………………………………………….

Data Podpis osoby upoważnionej