**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