|  |
| --- |
| **WYKAZ OSÓB OBJĘTYCH KSZTAŁCENIEM USTAWICZNYM Załącznik nr 1 do wniosku KFS** |
|  |
| **FORMA KSZTAŁCENIA** | **IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA SZKOLENIA** | **Priorytet** | **Pełna nazwa kształcenia ustawicznego (szkolenia/st. podyplomowych/egzaminu)** | **Aktualnie wykonywany zawód / nazwa stanowiska osoby wskazanej do kształcenia/Rodzaj zawartej umowy oraz jej okres** | **Poziom wykształcenia uczestnika szkolenia** | **Termin realizacji kształcenia (od…do)i nazwa realizatora usługi** | **Planowane do poniesienia koszty w poszczególnych działaniach (w zł)** | **Liczba uczestników** |  |
| **OGÓŁEM** | **w tym KFS** | **w tym wkład własny** | 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 |  |
| **SZKOLENIA / KURSY** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| **STUDIA PODYPLOMOWE** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| **EGZAMINY umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| **BADANIA LEKARSKIE I PSYCHOLOGICZNE wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| **UBEZPIECZENIE od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem** |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| Data Podpis osoby upoważnionej |  |
|  |