**Załącznik Nr 1**

Wykaz osób, które mają zostać objęte działaniami finansowymi z udziałem środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Imię i nazwisko | Pesel | Stanowisko | Wykształcenie | Forma i nazwa kształcenia ustawicznego | Osoba wykonująca pracę w szczególnych warunkach  \*TAK / NIE | Osoba wykonująca pracę o szczególnym charakterze  \*TAK / NIE | Osoba korzystała/nie korzystała\* ze środków KFS w latach 2023 – 2025. Jeśli tak, proszę podać każdy rok oddzielnie i kwotę w zł |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*niepotrzebne skreślić

Oświadczam, iż

* ww. pracownicy/pracodawcy wykonują pracę pod adresem: ............................................................................................................................................
* ww. osoby nie przebywają na urlopie bezpłatnym, macierzyńskim, ojcowskim lub wychowawczym.
* wśród ww. osób nie wskazano prezesów spółek prawa handlowego (z wyjątkiem spółki jawnej oraz partnerskiej), którzy są jedynymi lub większościowymi udziałowcami tych spółek.

……………………………………………

*(Podpis i pieczątka pracodawcy lub pełnomocnika)*