



Powiatowy Urząd Pracy w Bełchatowie  
ul. Bawełniana 3, 97 – 400 Bełchatów



Bełchatów, dnia .....



.....  
(data wpływu wniosku do PUP)

**POWIATOWY URZĄD PRACY  
W BEŁCHATOWIE**

**WNIOSEK**

**O PRYZNANIE ŚRODKÓW Z KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO NA  
KSZTAŁCENIE USTAWICZNE PRACOWNIKÓW I PRACODAWCÓW**

na zasadach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz. 1482 z późn. zm.), Rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego ( Dz. U. z 2018 r. poz. 117).

W przypadku, gdy wnioskodawca podlega przepisom o pomocy publicznej, zastosowanie mają:

- Ustawa z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r. poz. 362 z późn. zm.).
- Rozporządzenie Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz. Urz. UE L 352 z dnia 24.12.2013 r., str. 1).
- Rozporządzenie Komisji (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 r., str. 9).
- Rozporządzenie Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (Dz. Urz. UE L 190 z 28 czerwca 2014 r., str. 45).

Wnioskuje, o przyznanie ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego dofinansowania kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawcy w wysokości ..... złotych słownie.....

**I. DANE PRACODAWCY:**

1. Nazwa wnioskodawcy: .....
2. Adres siedziby: .....
3. Nr tel/fax: ..... e-mail: .....
4. Miejsce prowadzenia działalności gospodarczej: .....
5. Numer NIP: ....., numer REGON: .....
6. Numer działalności gospodarczej według PKD oznaczenie przeważającego rodzaju prowadzonej działalności gospodarczej.....
7. Data rozpoczęcia działalności.....
8. Liczba zatrudnionych<sup>1</sup> pracowników<sup>2</sup> (w przeliczeniu na pełen etat – na dzień składania wniosku): .....
9. Forma prawna prowadzonej działalności.....
10. Rodzaj prowadzonej działalności.....

<sup>1</sup> Zatrudnienie oznacza to wykonywanie pracy na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego oraz umowy o pracę nakładczą.

<sup>2</sup> Pracownik- oznacza to osobę fizyczną zatrudnioną na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę.



**3. Informacje o uczestnikach kształcenia ustawicznego, których dotyczą wydatki i rodzaju wsparcia.**

Wyszczególnienie– rodzaj wsparcia	Objęci wsparciem		Termin realizacji działania ( od miesiąca..... do miesiąca.....)	Koszt
	ogółem	w tym kobiety		
Kursy (nazwa kursu) 1..... 2.....			1..... 2.....	1..... 2.....
Studia podyplomowe (nazwa kierunku) 1..... 2.....			1..... 2.....	1..... 2.....
Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie kwalifikacji lub uprawnień zawodowych 1..... 2.....			1..... 2.....	1..... 2.....
Badania lekarskie i/lub psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu 1.....			1.....	1.....
Ubezpieczenie NNW w związku z podjętym kształceniem				
<b>Ogółem:</b>	.....	.....		.....
Grypy wiekowe uczestników wsparcia:				
15-24 lata				
25-34 lata				
35-44 lata				
45 lat i więcej				

**4. Uzasadnienie potrzeby odbycia poszczególnych form kształcenia ustawicznego, przy uwzględnieniu obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy oraz obowiązujących priorytetów wydatkowania środków KFS\***

**PRIORYTET 1**

wsparcie kształcenia ustawicznego dla osób powracających na rynek pracy po przerwie związanej ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem - liczba osób.....

**W przypadku powyższego priorytetu Wnioskodawca składa załącznik nr 7**

Uzasadnienie: .....

.....

.....

.....

.....

**PRIORYTET 2**

wsparcie kształcenia ustawicznego osób po 45 roku życia - liczba osób.....

Uzasadnienie: .....

.....

.....

.....

\* Właściwe zaznaczyć

**PRIORYTET 3**

wsparcie zawodowego kształcenia ustawicznego w zidentyfikowanych w danym powiecie lub województwie zawodów deficytowych – liczba osób.....

Uzasadnienie:.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**PRIORYTET 4**

wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z rozwojem w firmach technologii i zastosowaniem wprowadzonych przez firmy narzędzi pracy - liczba osób.....

Uzasadnienie:.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**PRIORYTET 5**

wsparcie kształcenia ustawicznego w obszarach/branżach kluczowych dla rozwoju powiatu/województwa wskazanych w dokumentach strategicznych/planach rozwoju - liczba osób.....

Uzasadnienie.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**PRIORYTET 6**

wsparcie realizacji szkoleń dla instruktorów praktycznej nauki zawodu bądź osób mających zamiar podjąć się tego zajęcia, opiekunów praktyk zawodowych i opiekunów stażu uczniowskiego oraz szkoleń branżowych dla nauczycieli kształcenia zawodowego – liczba osób.....

Uzasadnienie.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**PRIORYTET 7**

wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników zatrudnionych w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego, wskazanego na liście przedsiębiorstw społecznych prowadzonej przez MRPiPS, członków lub pracowników spółdzielni socjalnych lub pracowników Zakładów Aktywności Zawodowej.

- Liczba osób.....  
Uzasadnienie:.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### 5. Informacje dotyczące realizatora usługi kształcenia ustawicznego

Lp	Nazwa formy kształcenia ustawicznego	Realizator kształcenia ustawicznego (nazwa, adres siedziby, NIP)	Ilość godzin kształcenia ustawicznego	1) Cena wskazanej usługi oraz koszt osobogodziny ** 2) Informacja o cenie porównywalnych usług – (należy załączyć wypełniony załącznik Nr 3)	Czy realizator usługi kształcenia ustawicznego posiada : 1) Certyfikaty jakości oferowanych usług*** TAK NIE 2) w przypadku kursów nazwa dokumentu – na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego, jeżeli informacja ta nie jest dostępna w publicznych rejestrach elektronicznych

#### Uzasadnienie wyboru realizatora usługi.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### 6. Plany dotyczące dalszego zatrudnienia uczestników kształcenia ustawicznego (proszę podkreślić i skomentować odpowiedź Tak lub podkreślić Nie):

a) Tak – jakie:

.....

.....

.....

• NIE

### 7. Czy wnioskodawca otrzymał środki KFS w roku 2019 ?

TAK - w wysokości (zł).....

NIE

\*\* Kwota nie zawiera podatku VAT - środki Krajowego Funduszu Szkoleniowego są środkami publicznymi w rozumieniu ustawy o finansach publicznych zgodnie z art. 43 ust. 1 pkt 29 lit. c ustawy o podatku od towarów i usług oraz § 3 ust.1, punkt 14 rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług oraz warunków stosowania tych zwolnień, zwalnia się od podatku usługi kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania zawodowego finansowane w co najmniej 70 % ze środków publicznych

\*\*\* Niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych, znajdującą się na stronie internetowej [www.pupbelchatow.pl](http://www.pupbelchatow.pl), w zakładce: „Urząd Pracy” → „Ochrona danych osobowych” lub pod adresem <http://pupbelchatow.pl/urząd-pracy/ochrona-danych-osobowych.html>.

Wiarygodność informacji podanych we wniosku i załączonych do niego dokumentach potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....  
(data, pieczęć i podpis wnioskodawcy)

#### **Do wniosku pracodawca załącza:**

1. Kopie<sup>1</sup> dokumentu potwierdzającego prawną formę prowadzenia działalności – w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego (KRS) lub CEiDG.
  - spółka cywilna załącza umowę spółki wraz z ewentualnymi wprowadzonymi do niej zmianami,
  - statut w przypadku stowarzyszenia, fundacji czy spółdzielni lub inne dokumenty (właściwe np. dla jednostek budżetowych, szkół, przedszkoli).

W przypadku, gdy pracodawcę lub przedsiębiorcę reprezentuje pełnomocnik, do wniosku musi być załączone pełnomocnictwo określające jego zakres i podpisane przez osoby uprawnione do reprezentacji pracodawcy lub przedsiębiorcy. Pełnomocnictwo należy przedłożyć w oryginale, w postaci notarialnie potwierdzonej kopii lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez osobę lub osoby udzielające pełnomocnictwa (tj. osobę lub osoby uprawnione do reprezentacji pracodawcy lub przedsiębiorcy). Podpis lub podpisy osób uprawnionych do występowania w obrocie prawnym w imieniu pracodawcy muszą być czytelne lub opatrzone pieczętkami imiennymi.

2. Programu kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu - **załącznik nr 2**.
3. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawianego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika on z przepisów powszechnie obowiązujących.

#### **W przypadku gdy wnioskodawca jest beneficjentem pomocy de minimis należy załączyć:**

4. Zaświadczenia lub oświadczenie o pomocy de minimis, w zakresie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej - **załącznik nr 5**.
5. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis - **załącznik nr 6** (dostępny na stronie [www.pupbelchatow.pl](http://www.pupbelchatow.pl)).

#### **UWAGA !**

**Wnioski nie zawierające dokumentów wskazanych od pozycji 1 do 5 pozostawia się bez rozpatrzenia.**

6. **Załącznik nr 1** – wykaz uczestników zgłoszonych przez Wnioskodawcę.
7. **Załącznik nr 4** – oświadczenie pracodawcy.
8. **Załącznik nr 3** - formularz porównywalnych ofert usługi kształcenia.
9. Kserokopia certyfikatów jakości oferowanych usług posiadanych przez wskazanych realizatorów kształcenia ustawicznego.
10. **Załącznik nr 7** - Oświadczenie pracodawcy – ( **dotyczy PRIORYTETU nr 1**)

---

<sup>1</sup> Oryginały przedłożone do wglądu

## Załącznik nr 1

L.p	Nazwisko i imię	Nr Priorytetu wydatko- wania środków KFS	Wiek uczestnika wsparcia	Poziom wykształcenia i zajmowane stanowisko pracy	Forma zatrudnienia/ rodzaj umowy Wymiar czasu pracy	Czy osoba wykonuje pracę w szkodliwych warunkach/ szczególnych warunkach ?  <b>TAK/NIE</b>	Nazwa formy wsparcia	Okres realizacji formy wsparcia ( od miesiąca ..... do miesiąca.....).	Kwota ogółem za poszczególne formy wsparcia, którymi zostanie objęty uczest- nik	Czy uczestnik korzystał ze środków KFS w roku 2019 ?  <b>TAK/NIE</b>
1										
2										

.....  
(data, pieczęć i podpis wnioskodawcy)

/PIECZĄTKA INSTYTUCJI SZKOLENIOWEJ/

**PROGRAM KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO /lub ZAKRES EGZAMINU/ PROGRAM STUDIÓW  
\*  
PODYPLOMOWYCH**

Nazwa realizatora kształcenia		
Województwo	Miasto	Kod pocztowy
Ulica		Numer tel.
Numer fax.		E-mail
Miejsce – adres prowadzenia zajęć dydaktycznych		Miejsce – adres prowadzenia zajęć praktycznych
Nazwa kursu/ egzaminu/ kierunek studiów podyplomowych*		
<p><b>Czas trwania kształcenia i sposób organizacji</b>  <b>Ilość godzin szkoleniowych/ zajęć edukacyjnych</b>  a) w godzinach ogółem ....., tym zajęcia teoretyczne ....., zajęcia praktyczne .....,  b) w tygodniach .....,  c) częstotliwości zajęć: ..... razy w tygodniu po ..... godzin dziennie  Koszt szkolenia ogółem.....,  Koszt na osobę / koszt osobogodziny.....  <b>Liczba osób w grupie</b>  3. zajęcia teoretyczne: .....,  4. zajęcia praktyczne: .....,  liczba osób pracujących przy jednym stanowisku podczas zajęcia praktycznych: .....,  .....</p>		
<b>Wykaz literatury, niezbędnych środków i materiałów dydaktycznych</b>		
<p><b>Wymagania wstępne dla uczestników szkolenia</b>  Najniższe wymagane wykształcenie</p>		

\* Niepotrzebne skreślić



1 – szkoła podstawowa <input type="checkbox"/>	3 - zasadnicza szkoła zawodowa <input type="checkbox"/>	5 – szkoła wyższa <input type="checkbox"/>
2 – gimnazjum <input type="checkbox"/>	4 - szkoła średnia <input type="checkbox"/>	6– inne (jakie)
Umiejętności wymagane od kandydata		
Dodatkowe kwalifikacje		
<b>Cele kształcenia ustawicznego</b>		
<b>Program kształcenia lub zakres egzaminu</b>		
<b>Opis nabytych kwalifikacji lub/ rodzaj uprawnień /typ dokumentu potwierdzającego ukończenie kształcenia ustawicznego:</b>		
<b>Sposób sprawdzenia efektów kursu</b>		
1 -praca końcowa <input type="checkbox"/>	3 – zaliczenie całego programu <input type="checkbox"/>	
2 – egzamin <input type="checkbox"/>	4 – frekwencja na zajęciach <input type="checkbox"/>	
5 – aktywność <input type="checkbox"/>	6 – inne (jakie)	

**Oświadczam, że:**

1.Oferowana cena kursu/studiów podyplomowych/egzaminu\*:

a) nie zawiera podatku VAT,

b) nie zawiera kosztów związanych z przejazdem, zakwaterowaniem i wyżywieniem uczestników.

2. Posiadam/ nie posiadam certyfikat/ ty\* jakości oferowanej usługi dotyczącej w/w działania ( w przypadku odpowiedzi twierdzącej należy załączyć kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem).

.....  
(pieczęć i podpis przedstawiciela Instytucji Szkoleniowej  
lub pracodawcy ubiegającego się o środki z KFS)

**Informacja**

Środki Krajowego Funduszu Szkoleniowego są środkami publicznymi w rozumieniu ustawy o finansach publicznych zgodnie z art. 43 ust. 1 pkt 29 lit. c ustawy o podatku od towarów i usług oraz § 3 ust.1, punkt 14 rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług oraz warunków stosowania tych zwolnień, zwalnia się od podatku usługi kształcenia zawodowego lub przekwalifikowania zawodowego finansowane w co najmniej 70 % ze środków publicznych

\* Niepotrzebne skreślić

## Powiatowy Urząd Pracy w Belchatowie

.....  
 (pieczęć instytucji szkoleniowej)

**FORMULARZ PORÓWNYWALNYCH OFERT USŁUGI KSZTAŁCENIA**

dotyczy szkolenie w zakresie .....

( nazwa szkolenia)

**I. Dane dotyczące firmy szkoleniowej**

1. Nazwa firmy szkoleniowej	
2. Adres firmy szkoleniowej	
3. Numer telefonu	
4. NIP	

**II. Posiadanie przez firmę szkoleniową certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego\***

tak, proszę podać jakie:

.....  
 .....

nie

**III. Posiadanie przez firmę szkoleniową dokumentu, na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego\***

tak, proszę podać jaki:

.....  
 .....

nie

**IV. Liczba godzin kształcenia ustawicznego .....**

**V. Koszt szkolenia:**

1) całkowity koszt szkolenia.....złotych (słownie:)

2) koszt osobogodziny szkolenia.....złotych (słownie:)

\* niepotrzebne skreślić

## Powiatowy Urząd Pracy w Belchatowie

.....  
 (pieczęć instytucji szkoleniowej)

**FORMULARZ PORÓWNYWALNYCH OFERT STUDIÓW PODYPLOMOWYCH****I. Dane dotyczące podmiotu prowadzącego studia podyplomowe:**

1. Nazwa podmiotu prowadzącego studia podyplomowe	
2. Adres podmiotu prowadzącego studia podyplomowe	
3. Numer telefonu	
4. NIP	

**II. Posiadanie przez podmiot prowadzący studia podyplomowe certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego\***

tak, proszę podać jakie:

.....  
 .....

nie

**III. Posiadanie przez podmiot prowadzący studia podyplomowe dokumentu, na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego\***

tak, proszę podać jaki:

.....  
 .....

nie

**IV. Liczba godzin studiów podyplomowych .....**

*V. Całkowity koszt studiów podyplomowych.....złotych (słownie:) .....*

\* właściwe zaznaczyć

Bełchatów, dnia ..... r.

.....  
(pieczęć pracodawcy)

## O ś w i a d c z e n i e

Oświadczam, że:

- a) **Zalegam/ nie zalegam\*** z wypłacaniem w terminie wynagrodzenia pracownikom, z opłacaniem należnych składek na ubezpieczenia społeczne, ubezpieczenia zdrowotne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, z opłacaniem podatków oraz innych danin publicznych.
- b) Koszt kształcenia ustawicznego **zawiera / nie zawiera\*** koszty/ kosztów przejazdów, zakwaterowania i wyżywienia.
- c) **Ubiegam się /nie ubiegam \*** się ośrodki KFS na kształcenie ustawiczne pracowników, pracodawcy objętych niniejszym wnioskiem w innym powiatowym urzędzie pracy.
- d) **Pracodawca/pracownicy\*** wskazani w niniejszym wniosku **przebywają/ nie przebywają\*** na urloпах macierzyńskich, rodzicielskich, wychowawczych, bezpłatnych oraz nie są to osoby współpracujące.
- e) W okresie 365 dni przed złożeniem wniosku **zostałem / nie zostałem\*** skazany prawomocnym wyrokiem za naruszenie praw pracowniczych jak również **jestem/ nie jestem\*** objęty postępowaniem wyjaśniającym w tej sprawie.
- f) **Jestem/ nie jestem\*** beneficjentem pomocy publicznej w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 362 z późn. zm.)
- g) **Jestem/nie jestem\*** podatnikiem podatku od towarów i usług zgodnie z ustawą z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług ( Dz. U. z 2018 poz 2174 r. z późn. zm.)
- h) Zobowiązuję się do utrzymania zatrudnienia pracownika/ pracowników\* co najmniej do dnia zakończenia przez niego/ nich \* kształcenia ustawicznego

**Wiarygodność podanych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

.....  
*pieczęć i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania wnioskodawcy*

---

\* Niepotrzebne skreślić

Na podstawie art 37 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 362 z późn. zm.)

Bełchatów, dnia .....

.....  
(pieczęć pracodawcy)

## ***Oświadczenie Wnioskodawcy o wysokości otrzymanej pomocy de minimis*** **O ś w i a d c z e n i e**

**Oświadczam**, że w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych **otrzymałem(am)/ nie otrzymałem(am)\*** pomoc(y) de minimis.

**W przypadku otrzymania pomocy de minimis wnioskodawca załącza kopie wszystkich zaświadczeń o otrzymanej pomocy de minimis (kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem) lub wypełnia poniższe oświadczenie:**

**2.Oświadczam**, że w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych **otrzymałem(am)** pomoc de minimis na podstawie Rozporządzenia Komisji (UE) nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (t.j. Dz. U. UE. L. 2013.352.1) w łącznej kwocie .....co stanowi ..... euro.

**3.Oświadczam**, że w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych **otrzymałem(am)** pomoc de minimis zgodnie z Rozporządzeniem Komisji (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 (t.j. Dz. U. UE. L. 2013.352.9) w łącznej kwocie ....., co stanowi .....euro.

**4.Oświadczam**, że w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych **otrzymałem(am)** pomoc de minimis zgodnie z Rozporządzeniem Komisji (UE) nr 717/2014 z dnia 27 czerwca 2014 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury (t.j. Dz. U. UE L. 2014. 190.45).w łącznej kwocie ....., co stanowi ..... euro.

**Zobowiązuję się do złożenia w dniu podpisania umowy dodatkowego oświadczenia o uzyskanej pomocy de minimis, jeżeli w okresie od dnia złożenia wniosku do dnia podpisania umowy otrzymam pomoc de minimis.**

**Wiarygodność podanych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

.....  
*Miejsowość, data*

.....  
*pieczęć i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania wnioskodawcy*

\* Niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 7**

Belchatów dnia .....2020 r.

**O ś w i a d c z e n i e \***

Oświadczam, że w ciągu jednego roku przed datą złożenia wniosku o środki KFS, osoby wskazane we wniosku ( załącznik nr 1 ), podjęły pracę po przerwie spowodowanej sprawowaniem opieki nad dzieckiem.

.....  
*pieczęć i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania wnioskodawcy*

---

\* Oświadczenie dotyczące **PRIORYTETU nr 1**