Załącznik Nr 1/ …………………..

(nr porządkowy kursu)

**KARTA**

**PLANOWANEJ FORMY KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO**

………………………………………………………………………………………………………………………

(Nazwa kursu, egzaminu, studiów podyplomowych)

1. **Informacje dotyczące potrzeb szkoleniowych**
2. Liczba osób planowanych objęciem tą formą kształcenia …………………………………………
3. Nazwisko i imię osoby planowanej do przeszkolenia i jej stanowisko:
4. ………………………………………………, stanowisko - ………………………………………
5. ………………………………………………, stanowisko - ………………………………………
6. Wskazanie priorytetu, który zostanie uwzględniony ……………………………………………………
7. Szczegółowe uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia przy uwzględnieniu obecnych   
   i przyszłych potrzeb pracodawcy oraz obowiązujących w danym roku kalendarzowym priorytetów wydatkowania środków KFS

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Informacja o planach dotyczących dalszego zatrudnienia osób, które będą objęte kształceniem

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Informacje dotyczące kształcenia ustawicznego**
2. Przewidywany termin realizacji kształcenia ………………………………………………
3. Liczba godzin kształcenia …………………………………………………………………
4. Koszt kształcenia:
5. całkowity koszt kształcenia …………………………………………………………..
6. kwota podlegającego odliczeniu lub zwrotowi podatku VAT ………………………..
7. kwota wkładu własnego ………………………………………………………………
8. kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków KFS ……………………………
9. całkowity koszt kształcenia na 1 osobę ……………………………………………….
10. Niezbędne dodatkowe koszty do poniesienia w związku z realizacją niniejszego kształcenia ustawicznego:

NNW: ………………….

w tym: kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków KFS ……….; kwota wkładu własnego ………

Badania lekarskie: ………………….

w tym: kwota wnioskowanego dofinansowania ze środków KFS ……….; kwota wkładu własnego ………

1. Cena usługi kształcenia w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku [[1]](#footnote-1)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Wybrana oferta | Oferta konkurencyjna | Oferta konkurencyjna |
| Nazwa realizatora |  |  |  |
| Liczba godzin |  |  |  |
| Cena |  |  |  |

Uzasadnienie wyboru realizatora kształcenia ustawicznego:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Informacje dotyczące realizatora usługi kształcenia ustawicznego**
2. Nazwa realizatora ……………………………………………………………………………………
3. Siedziba realizatora ………………………………………………………………………………….
4. Realizator posiada:
5. certyfikaty jakości oferowanych usług

🞏 tak, jakie ……………………………………………………………………………….

🞏 nie

1. dokument, na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia (w przypadku realizatora kursów)

🞏 tak ………………………………………………………………………………………

(rodzaj i dane dokumentu)

🞏 nie

W załączeniu wymagane załączniki do niniejszej karty:

1. Program kształcenia ustawicznego lub zakres egzaminu.
2. Wzór dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników, wystawianego przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego, o ile nie wynika to z przepisów ogólnie obowiązujących.

………………………………………………

(pieczęć i podpis Pracodawcy)

1. Należy porównać wybraną ofertę do podobnych usług oferowanych na rynku, o ile są dostępne [↑](#footnote-ref-1)