**KARTA DZIAŁANIA**

**ZAŁĄCZNIK Nr 1a**

do wniosku o dofinansowanie ze środków KFS

**1a) Określenie potrzeb pracodawcy**

*(nie dotyczy ofert kursów)* **w zakresie kształcenia ustawicznego w związku z ubieganiem się o sfinansowanie tego kształcenia z KFS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Określenie potrzeb pracodawcy - zakres** | **Termin realizacji (od.. do..)** | **Wykonawca usługi (nazwa i siedziba) oraz informacja czy wykonawca posiada certyfkaty jakości usług i jakie** | **Całkowita wysokość wydatków w zł** |
| **Oferta wybrana do realizacji** |  |  |  |  |

**Uzasadnienie wyboru realizatora usługi: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

* **Porównanie złożonych w rozpoznaniu rynku ofert *(minimum 2 - jeżeli występują na rynku)***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Oferty porównywane**  **L.p.** | **Określenie potrzeb pracodawcy - zakres** | **Termin realizacji (od.. do..)** | **Wykonawca usługi (nazwa i siedziba)** | **Całkowita wysokość wydatków w zł** |
|  |  |  |  |  |

**KARTA DZIAŁANIA**

**ZAŁĄCZNIK Nr 1b**

do wniosku o dofinansowanie ze środków KFS

**1b)** **Kursy (na każdy kurs należy złożyć oddzielną Kartę działania -** *do wniosku musi być załączony* ***program*** *wybranej oferty kursu***)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nazwa szkolenia | Ilość godzin dydaktycznych | **Miejsce i termin realizacji szkolenia**  **(daty od.. do..)** | **Wykonawca usługi (nazwa i siedziba)**  **oraz informacja czy wykonawca posiada certyfkaty jakości usług i jakie, a także dokument, na podstawie którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego** | **Podstawa prawna wydania dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników (lub wzór dokumentu w załączeniu)** | **Koszt szkolenia jednej osoby** | **Ilość osób** | **Całkowita wysokość wydatków w zł** |
| **Oferta wybrana do realizacji** |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Uzasadnienie wyboru realizatora usługi: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

* **Porównanie złożonych w rozpoznaniu rynku ofert *(minimum 2 - jeżeli występują na rynku, nie należy dołączać programów tych ofert)***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.**  **Oferty porównywane** | Nazwa szkolenia | Ilość godzin dydaktycznych | **Miejsce**  **i termin realizacji szkolenia (od.. do..)** | **Wykonawca usługi (nazwa i siedziba)** | **Koszt szkolenia jednej osoby** | **Ilość osób** | **Całkowita wysokość wydatków w zł** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**KARTA DZIAŁANIA**

**ZAŁĄCZNIK Nr 1c**

do wniosku o dofinansowanie ze środków KFS

**1c) Studia podyplomowe *(****do wniosku musi być załączony* ***program*** *wybranej oferty studiów****)***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Kierunek studiów podyplomowych** | **Ilość godzin dydaktycznych** | **Termin realizacji studiów**  **(daty od.. do..)** | **Wykonawca usługi (nazwa i siedziba) oraz informacja czy wykonawca posiada certyfkaty jakości usług i jakie** | **Podstawa prawna wydania dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników (lub wzór dokumentu w załączeniu)** | **Koszt studiów dla jednej osoby** | **Ilość osób** | **Całkowita wysokość wydatków w zł** |
| **Oferta wybrana do realizacji** |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Uzasadnienie wyboru realizatora usługi: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

* **Porównanie złożonych w rozpoznaniu rynku ofert *(minimum 1 - jeżeli występuje na rynku)***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.**  **Oferty porówny- wane** | **Kierunek studiów podyplomowych** | **Termin realizacji studiów (od.. do..)** | **Wykonawca usługi (nazwa i siedziba)** | **Koszt studiów dla jednej osoby** | **Ilość osób** | **Całkowita wysokość wydatków w zł** |
|  |  |  |  |  |  |  |

**KARTA DZIAŁANIA**

**ZAŁĄCZNIK Nr 1d**

do wniosku o dofinansowanie ze środków KFS

**1d) Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj egzaminu i jego zakres** | **Termin przeprowadzenia egzaminu**  **(od.. do..)** | **Wykonawca usługi (nazwa i siedziba)** | **Podstawa prawna wydania dokumentu potwierdzającego kompetencje nabyte przez uczestników (lub wzór dokumentu w załączeniu)** | **Koszt egzaminu dla jednej osoby** | **Ilość osób** | **Całkowita wysokość wydatków w zł** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**1e) Badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj badań lekarskich i psychologicznych** | **Termin przeprowadzenia badań**  **(od.. do..)** | **Wykonawca usługi (nazwa i siedziba)** | **Koszt badań dla jednej osoby** | **Ilość osób** | **Całkowita wysokość wydatków w zł** |
|  |  |  |  |  |  |  |

**1f) Ubezpieczenia NNW w związku z podjętym kształceniem**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków -zakres** | **Data ubezpieczenia (od.. do..)** | **Wykonawca usługi (nazwa i siedziba)** | **Koszt ubezpieczenia NNW dla jednej osoby** | **Ilość osób** | **Całkowita wysokość wydatków w zł** |
|  |  |  |  |  |  |  |