**WYKAZ DZIAŁAŃ OBJĘTYCH FINANSOWANIEM**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | wiersz | | Działania | | Nazwa/kierunek | | Ilość osób objętych danym działaniem | Cena jednostkowa ze środków KFS | Razem kwota finansowana  z KFS | Wkład własny Pracodawcy | Terminy realizacji działań od......do.... | Uzgodniony termin płatności za dane działanie z realizatorem działania | Termin przekazania przez PUP środków na konto pracodawcy | Uwagi |
| 1 | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 1. | 1 | | Kurs realizowany z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą, **w tym**: | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | | przewidziane bezpośrednio wobec pracodawcy | |  |  |  |  |
| 2. | 3 | | Studia podyplomowe realizowane  z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą, **w tym**: | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | | przewidziane bezpośrednio wobec pracodawcy | |  |  |  |  |
| 3. | 5 | | Egzaminy realizowane  z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą, **w tym**: | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | | przewidziane bezpośrednio wobec pracodawcy | |  |  |  |  |
| 4. | 7 | | Badania lekarskie realizowane  z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą, **w tym**: | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | | przewidziane bezpośrednio wobec pracodawcy | |  |  |  |  |
| 5. | 9 | | Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem realizowane  z inicjatywy pracodawcy lub za jego zgodą, **w tym**: | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | | przewidziane bezpośrednio wobec pracodawcy | |  |  |  |  |
| **Łączny koszt działań** (Lp. 1+2) | | | | | | | x | x | **........** | **...........** |  |  |  |  |
|  | |  | |  | | **Ilość osób objętych szkoleniem – .......**  **Ilość osoboszkoleń - ............** | | | | | | | | |

Druk zatwierdzony przez Dyrektora PUP (strony ………………..)

**Obowiązujący od ………………………………..**

**………………………………………………………..  
 Data i podpis Dyrektora PUP**