**Załącznik nr 2 do wniosku o dofinansowanie kształcenia ustawicznego w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY DOT. UZYSKANEJ POMOCY DE MINIMIS**

**Pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam,   
że w ciągu bieżącego roku oraz w ciągu 2 poprzedzających go lat:**

1. Otrzymałem\* / nie otrzymałem/am\* środków stanowiących pomoc de minimis,
2. Otrzymałem\* / nie otrzymałem/am\* środków stanowiących pomoc de minimis w sektorze rolnym,
3. Otrzymałem\* / nie otrzymałem/am\* środków stanowiących pomoc de minimis w sektorze rybołówstwa i akwakultury,
4. Oświadczam, że otrzymałem inną pomoc publiczną\* / nie otrzymałem innej pomocy publicznej\* w odniesieniu do tych samych kosztów kwalifikujących się do objęcia pomocą, na pokrycie których ma być przeznaczona pomoc de minimis.

*\* właściwe podkreślić*

W przypadku otrzymania środków stanowiących pomoc de minimis w ciągu roku bieżącego i w ciągu   
2 poprzedzających go lat należy wypełnić poniższą tabelę w oparciu o zaświadczenia o pomocy de minimis.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Organ udzielający pomocy | Podstawa prawna | Dzień udzielenia pomocy | Wartość pomocy w Euro | Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| Łącznie wartość pomocy w Euro | | | |  |  |

.................................................. ...............................................................................

(data) (czytelny podpis Wnioskodawcy)

**Załącznik nr 3 do wniosku o dofinansowanie kształcenia**

**ustawicznego w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

**OŚWIADCZAM, ŻE:**

* **jestem/nie jestem beneficjentem pomocy publicznej** w rozumieniu ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz.U.   
  z 2007r., Nr 59, poz. 404 z późn. zm.),
* **podlegam/nie podlegam** przepisom dotyczącym pomocy de minimis,
* **prowadzę działalność gospodarczą/nie prowadzę działalności gospodarczej** w rozumieniu prawa Unii Europejskiej.

**٭WŁAŚCIWE PODKREŚLIĆ**

Jestem świadomy(-a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy (art. 233 §1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku – Kodeks karny, prawdziwość informacji zawartych w oświadczeniu.)

.................................................. ...............................................................................

(data) (czytelny podpis Wnioskodawcy)

**Załącznik nr 4 do wniosku o dofinansowanie kształcenia**

**ustawicznego w ramach Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

**Informacje dotyczące realizatora usługi kształcenia ustawicznego w ramach dofinansowania z Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

**CZĘŚĆ I**

**(wypełnia wykonawca usługi kształcenia ustawicznego)**

1. Pełna nazwa i adres instytucji ………………….........................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

1. Adres siedziby realizatora usługi:

Ulica .................................................................................................... Kod ..............................................

Miejscowość …………………………………………………….. Województwo ...........................................................

Telefon/fax. ...................................................................... e-mail .............................................................

Regon ................................................. NIP ................................................ PKD .......................................

1. Nr aktualnego wpisu do ewidencji instytucji szkoleniowych w WUP

...................................................................................................................................................................

1. Dokument, na podstawie którego instytucja prowadzi pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego: ………………………………………….........................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

1. Posiadane certyfikaty jakości oferowanych usług ..............................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

1. Imię i nazwisko osoby, z którą można się kontaktować w sprawie usługi kształcenia:

..................................................................................................................................................................

1. Nazwa kształcenia ustawicznego: …………………..................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

1. Liczba godzin ......................................................................................................................................
2. Termin realizacji: ................................................................................................................................
3. Miejsce realizacji: ..............................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

1. Całkowity koszt netto (za 1 osobę) ....................................................................................................
2. Koszt całkowity obejmuje: ……………....................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………….....................................................

………………………………………………………………………………………………………….....................................................

*UWAGA!*

*Środki Krajowego Funduszu Szkoleniowego są środkami publicznymi w rozumieniu ustawy o finansach publicznych. Zgodnie z ustawą o podatku od towarów i usług oraz rozporządzeniem 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.*

.............................................................

(data i podpis przedstawiciela instytucji realizującej usługę szkoleniową)

**CZĘŚĆ II**

**(wypełnia pracodawca)**

1. Cena wybranej usługi w porównaniu z ceną podobnych usług oferowanych na rynku (proszę wskazać co najmniej 2 inne podmioty, które realizują daną usługę i koszt takiej usługi oferowany przez inny podmiot, o ile takie istnieją):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa instytucji wykonującej daną usługę kształcenia ustawicznego | Nazwa kształcenia ustawicznego | Termin realizacji usługi | Liczba godzin | Koszt usługi |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |

1. Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego………………………………………………….

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

.............................................................

(data i podpis pracodawcy)