*Załącznik nr 1do Wniosku*

**Wykaz osób, które mają zostać objęte działaniami finansowymi z udziałem środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

**Pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam/y w imieniu swoim lub podmiotu, który reprezentuję/my, co następuje:**

Informacje podane w poniższej tabeli są zgodne z prawdą

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Data urodzenia | **Rodzaj kształcenia ustawicznego** (badanie potrzeb, kurs/szkolenie, studia podyplomowe, egzamin/ badania lekarskie lub psychologiczne/ ubezpieczenie NNW | Rodzaj umowy | Okres zatrudnienia  od - do | Zajmowane stanowisko | Wykształcenie | Priorytet  …………….. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

*(data) (podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby*

*uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy)*