

.....
(pieczętka pracodawcy)

Załącznik nr 1

Wykaz osób, które zostaną objęte działaniami finansowanymi ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego

Lp.	Imię i nazwisko pracownika lub pracodawcy	Numer priorytetu w ramach którego objęty jest uczestnik wsparcia; w przypadku priorytetu nr B należy wpisać termin ważności orzeczenia o stopniu niepełnosprawności od..... do.....	Wiek uczestnika wsparcia	Poziom wykształcenia, zajmowane stanowisko pracy, rodzaj wykonywanych prac	Forma zatrudnienia/ okres obowiązywania umowy (od .. do..)` Wymiar czasu pracy	Działanie kształcenia ustawicznego: nazwa kursu, nazwa kierunku studiów podyplomowych, nazwa egzaminu	Termin realizacji działania kształcenia ustawicznego od..... do..... (dzień/miesiąc/rok)	Koszt za poszczególne działania kształcenia ustawicznego dla każdego pracownika lub pracodawcy

.....
(data i podpis pracodawcy)