

.....  
(pieczęć 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	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 egzaminu	Termin realizacji działania kształcenia ustawicznego od..... do..... (dzień/miesiąc/rok)	Koszt za poszczególne działania kształcenia ustawicznego dla każdego pracownika lub pracodawcy

.....  
(data, pieczęć i podpis pracodawcy)