

.....
(pieczęć pracodawcy)

Załącznik nr 1

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

Lp	Pracownik/ Pracodawca /należy podać inicjały: pierwsza litera imienia i nazwiska/ np. Pracownik 1- A.K. Pracodawca- A.P.	Pracownik/ Pracodawca korzystał ze wsparcia – wpisać tak/ nie korzystał – wpisać nie	Numer priorytetu 2025	Wiek	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, podpis i pieczęć Pracodawcy lub
osoby upoważnionej do reprezentowania
Pracodawcy