

.....  
(pieczęć pracodawcy)

Załącznik nr 6

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

| Lp. | Pracownik/<br>Pracodawca<br>– należy<br>podać<br>inicjały<br>(pierwsza<br>litera<br>imienia<br>i nazwiska) | Pracownik/<br>Pracodawca<br>korzystał ze<br>wsparcia –<br>wpisać tak/<br>nie<br>korzystał –<br>wpisać nie | Numer<br>priorytetu<br>2025 | Ukończony<br>wiek<br>uczestnika<br>wsparcia | Poziom<br>wykształcenia,<br>zajmowane<br>stanowisko<br>pracy, rodzaj<br>wykonywanych<br>prac | Forma<br>zatrudnienia,<br>okres<br>obowiązywania<br>umowy<br>(od .... do....)*,<br>wymiar czasu<br>pracy | Działanie<br>kształcenia<br>ustawicznego:<br>nazwa kursu,<br>nazwa<br>egzaminu | Termin realizacji<br>działania<br>kształcenia<br>ustawicznego<br>od.....do.....<br>(dzień/miesiąc/rok) | Koszt za<br>poszczególne<br>działania<br>kształcenia<br>ustawicznego<br>dla każdego<br>pracownika<br>lub pracodawcy |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     |                                                                                                            |                                                                                                           |                             |                                             |                                                                                              |                                                                                                          |                                                                                |                                                                                                        |                                                                                                                     |
|     |                                                                                                            |                                                                                                           |                             |                                             |                                                                                              |                                                                                                          |                                                                                |                                                                                                        |                                                                                                                     |
|     |                                                                                                            |                                                                                                           |                             |                                             |                                                                                              |                                                                                                          |                                                                                |                                                                                                        |                                                                                                                     |
|     |                                                                                                            |                                                                                                           |                             |                                             |                                                                                              |                                                                                                          |                                                                                |                                                                                                        |                                                                                                                     |
|     |                                                                                                            |                                                                                                           |                             |                                             |                                                                                              |                                                                                                          |                                                                                |                                                                                                        |                                                                                                                     |

**\*przewidywany termin kształcenia musi przypadać w okresie obowiązywania umowy o pracę**

.....  
(data, podpis i pieczęć Pracodawcy  
lub osoby upoważnionej  
do reprezentowania Pracodawcy)