……..
pieczęć Pracodawcy

Oświadczenie dotyczące spełnienia priorytetu oraz szczegółowe informacje dotyczące pracownika/pracodawcy przewidzianego do objęcia kształceniem ustawicznym [1]

Oświadczam, że planowane wydatki na kształcenie ustawiczne zaplanowane we wniosku dla:

imię i nazwisko pracownika/pracodawcy:

……..

zostaną przeznaczone na finansowanie działań związanych z kształceniem ustawicznym zgodnym z priorytetami wydatkowania ustalonymi przez Radę Rynku Pracy w roku 2024[2]

☐ **tak**

☐ **nie**

Jeżeli tak proszę zaznaczyć właściwe:

☐ **priorytet RRP/A –** Wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników Centrów Integracji Społecznej, Klubów Integracji Społecznej, Warsztatów Terapii Zajęciowej, Zakładów Aktywności Zawodowej, członków lub pracowników spółdzielni socjalnych oraz pracowników zatrudnionych w podmiotach posiadających status przedsiębiorstwa społecznego wskazanych na liście/rejestrze przedsiębiorstw społecznych prowadzonym przez MRPiPS

☐ **priorytet RRP/B –** Wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności

Uwaga – w przypadku wyboru powyższego priorytetu konieczne jest wypełnienie przez pracownika/pracodawcę przewidzianego do objęcia kształceniem ustawicznym dodatkowego Oświadczenia dotyczącego stopnia niepełnosprawności

☐ **priorytet RRP/C –** Wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które mogą udokumentować wykonywanie przez co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, a którym nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej

☐ **priorytet RRP/D –** Wsparcie kształcenia ustawicznego w obszarach/branżach kluczowych dla rozwoju powiatu/województwa wskazanych w dokumentach strategicznych/planach rozwoju
zgodnie ze Strategią Rozwoju Powiatu Pszczyńskiego na lata 2022-2030.

[1] **UWAGA! Należy złożyć dla każdego pracownika/pracodawcy zaplanowanego do objęcia wsparciem**
[2] Proszę zaznaczyć właściwą pozycję X

Oświadczam także, że:[2]

1) Działania w ramach **priorytetu RRP/A** podniosą kompetencje pracownika i są związane z zadaniami realizowanymi w CIS, KIS, WTZ, ZAZ, przedsiębiorstwie społecznym lub spółdzielni socjalnej

☐ **tak**

Należy wykazać w jaki sposób:

……
……
……
……
……

☐ **nie**

2) Osoba zaplanowana do objęcia wsparciem w ramach **priorytetu RRP/B** posiada aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności ważne do dnia ……..…..

3) Działania w ramach **priorytetu RRP/D** są bezpośrednio związane z jednym ze wskazanym poniżej obszarów:

☐ **gospodarka**
☐ **turystyka**

Aby uniknąć potencjalnych nieporozumień z jednoznacznym określeniem dostępu do priorytetu obowiązkiem pracodawcy jest wskazanie bezpośredniego związku kształcenia ustawicznego, obszaru kluczowego dla rozwoju powiatu z bezpośrednią działalnością podmiotu i podanie odpowiedniego kodu PKD wnioskodawcy na dzień 01.01.2024r. (https://www.biznes.gov.pl//pl/klasyfikacja-pkd)

Zaplanowane kształcenie pozostaje w bezpośrednim związku z prowadzoną działalnością pracodawcy

☐ **tak**
☐ **nie**

Jeżeli tak, należy podać przeważający kod PKD …….…… (według stanu na 1 stycznia 2024) oraz uzasadnić konieczność nabycia nowych umiejętności

……..…
……..…
……..……
……..……
……..……
……

Szczegółowe informacje dotyczące pracownika/pracodawcy przewidzianego do objęcia kształceniem ustawicznym[2]

Zawód wykonywany według nazwy wielkiej grupy zawodów

☐ Kierownicy
☐ Specjaliści
☐ Technicy i inny średni personel
☐ Pracownicy biurowi
☐ Pracownicy usług osobistych i sprzedawcy
☐ Rolnicy, ogrodnicy, leśnicy i rybacy
☐ Robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy
☐ Operatorzy i monterzy maszyn i urządzeń
☐ Pracownicy przy pracach prostych
☐ Siły zbrojne

Planuje się dalsze zatrudnienie po zakończeniu wsparcia

☐ tak
☐ nie

Zatrudnienie w szczególnych warunkach

☐ tak
☐ nie

Informacje o wsparciu zaplanowanym dla pracownika/pracodawcy

Rodzaj działania/ń i jego/ich pełna nazwa lub zakres (nazwa kierunku szkolenia, studiów, egzaminu)	**Termin realizacji**	**Poszczególne koszty na każde działanie**
1.	od: ..... (dd-mm-rrrr) do: ..... (dd-mm-rrrr)	.....
2.	od: ..... (dd-mm-rrrr) do: ..... (dd-mm-rrrr)	.....
3.	od: ..... (dd-mm-rrrr) do: ..... (dd-mm-rrrr)	.....
Całkowita wysokość wydatków na kształcenie ustawiczne: (suma poszczególnych kosztów na każde działanie)		.....

podpis Pracodawcy lub osoby reprezentującej Pracodawcę …….....