**Załącznik nr 3**

 

/pieczątka instytucji szkoleniowej/

**PROGRAM KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO/ ZAKRES EGZAMINU**

(wypełnia Organizator działania)

**I. Dane dotyczące realizatora kształcenia**:

1. Nazwa: ….............................................................................................................................................................................................

2. Adres: ….............................................................................................................................................................................................

3. NIP …………………………………….

**II. Dane dotyczące formy kształcenia ustawicznego:**

1. Dane dotyczące formy kształcenia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Rodzaj działania\** | *Nazwa działania (należy wskazać nazwę kursu, studiów podyplomowych)* | *Koszt kształcenia*  *jednego uczestnika* | *Termin realizacji działania* | *Liczba*  *godzin / semestrów****\*\**** |
| □ kurs |  |  |  |  |
| □ studia podyplomowe |  |  |  |  |
| □ egzamin |  |  |  |  |

**Uwaga!** ***Do kosztów kursu / studiów podyplomowych / egzaminu nie zalicza się innych wydatków ponoszonych w związku z udziałem uczestnika w kształceniu ustawicznym np. kosztów zakwaterowania, koszów wyżywienia, kosztów dojazdu na zajęcia, wynagrodzenia za godziny nieobecności w pracy w związku z kształceniem, koszów delegacji, itp****.*

2. Adres miejsca realizacji działania: ............................…………………………………………………………................................

**Uwaga! *W przypadku realizacji kursu na terenie siedziby pracodawcy lub miejsca prowadzenia działalności, do wniosku należy dołączyć szczegółowe zestawienie kosztów kształcenia ustawicznego. Koszty te nie mogą obejmować wynajmu sal szkoleniowych, udostępnienia maszyn i urządzeń, kosztów materiałów, mediów, z których zysk uzyskuje Pracodawca wnioskujący.***

3. Program kursu / studiów podyplomowych lub zakres egzaminu:

a) Program kursu / studiów podyplomowych

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Temat zajęć edukacyjnych*** | ***Ilość godzin  ogółem*** | ***w tym  ilość godzin  zajęć praktycznych***  *(jeżeli dotyczy)* |
| *1.* |  |  |  |
| *2.* |  |  |  |
| *Razem* | |  |  |

b) Zakres egzaminu umożliwiającego uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych

***(Należy wypełnić w przypadku, gdy finansowaną formą kształcenia jest egzamin lub, gdy kurs – zgodnie z programem – kończy się egzaminem, którego sposób realizacji określają odrębne przepisy)***

|  |  |
| --- | --- |
| *Zakres egzaminu* |  |

c) Informacje dotyczące sprawdzania efektów kształcenia\*:

□ egzamin określony odrębnymi przepisami *(należy wskazać instytucję egzaminującą) ………......................................………………………………………………………………………………………………………  
………………………………………………………………………………………………………………………………………..…*  
 □egzamin wewnętrzny po zakończeniu kształcenia

□inne formy sprawdzania efektów kształcenia *(np. sprawdzian/egzamin po zakończeniu każdego modułu kształcenia zaliczenie na podstawie obecności, aktywności itp.): …….*…………………………………...........................................……………………………………….........................................

d) Rodzaj dokumentów potwierdzających ukończenie szkolenia i uzyskanie kwalifikacji**\***:(***załączyć wzory*** !!!)

□zaświadczenie MEN   
□dokument według wzoru realizatora kształcenia

*- wzór* ***dokumentu powinien zawierać*** *między innymi dane organizatora kształcenia, imię nazwisko uczestnika szkolenia / egzaminu,*

*datę urodzenia uczestnika, nazwę kursu / egzaminu, liczbę godzin*   
□uprawnienia określone odrębnymi przepisami *(jakimi): …………...........………………….....................………………………………………….........................................................*  
 □świadectwo ukończenia studiów podyplomowych. ..........................................................................................................................................................................................

........................................................................... .................................................................................

*(Miejscowość, data) (Podpis i pieczątka osoby uprawnionej do   
 reprezentowania realizatora kształcenia)*

***\**** zaznaczyć właściwe

*\*\* liczbę godzin należy określić w przypadku kursów, a liczbę semestrów w przypadku studiów podyplomowych*

**Uwaga:**

Środki KFS są środkami publicznymi. Zgodnie z art. 43 ust. 1 pkt 29 lit c Ustawy o podatku od towarów i usług (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 106.) oraz § 3 ust. 1 pkt 14 Rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie zwolnień od podatku od towarów i usług oraz warunków stosowania tych zwolnień (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1983.) usługi kształcenia zawodowego oraz przekwalifikowania zawodowego, finansowane w co najmniej 70% ze środków publicznych **są zwolnione od podatku.**

**Z poniższą treścią należy się zapoznać w przypadku, gdy organizatorem kształcenia jest osoba fizyczna.**

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

***(wypełnia realizator kształcenia ustawicznego*)**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia  
27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych  
i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016), zwanego dalej „RODO” przysługują Państwu określone poniżej prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych przez Powiatowy Urząd Pracy w Przeworsk zwany dalej PUP.

Informacje i zasady związane z przetwarzaniem Państwa danych osobowych przez PUP:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest:

Powiatowy Urząd Pracy w Przeworsku

z siedzibą w Przeworsku ul. Jagiellońska 10 ,

telefon: (16) 648 84 28, adres e-mail: [rzpz@praca.gov.pl](mailto:rzpz@praca.gov.pl#_blank) .

Dane kontaktowe inspektora danych osobowych:

telefon: (16) 648 84 28 wew. 13, adres e-mail: [iod@przeworsk.praca.gov.pl](mailto:iod@przeworsk.praca.gov.pl#_blank)

1. Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji Krajowego Funduszu Szkoleniowego na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c,  art. 9 ust. 2 lit. b, ogólnego rozporządzenia j/w o ochronie danych w celu realizacji zadań ustawowych, określonych w ustawie z dnia 20.04.2004r. o Promocji zatrudnienia   
   i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz.U.2020. poz. 1409 z późn.zm.) i aktach wykonawczych wydanych na jej podstawie.
2. W związku z przetwarzaniem danych w celu wskazywanym w pkt 2, Państwa dane osobowe mogą być udostępniane innym odbiorcom lub kategoriom odbiorców danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
3. Administrator danych osobowych nie zamierza przekazywać danych osobowych do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych.
4. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres zgodny z obowiązującym w PUP jednolitym rzeczowym wykazem akt.
5. W związku z przetwarzaniem przez PUP Państwa danych osobowych, przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich przetwarzania.
6. Państwa dane osobowe nie będą podlegały zautomatyzowanym procesom podejmowania decyzji przez Administratora, w tym profilowaniu.
7. W przypadku uznania, że przetwarzanie przez PUP Państwa danych osobowych narusza przepisy RODO, przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Oświadczam, że zostałam(-em) zapoznana(-y) z powyższymi informacjami oraz wypełniłam(-em) obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałam(-em) w celu realizacji Krajowego Funduszu Szkoleniowego.

........................................ ........................................................................................................................

*(Miejscowość, data) (Podpis i pieczątka osoby uprawnionej   
 do reprezentowania realizatora kształcenia)*