

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O SPEŁNIANIU PRIORYTETU NR 1

Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w zawodach określonych jako deficytowe na danym terenie tj. w powiecie czy województwie.

Wypełnić jeśli w części B Wniosku wskazano PRIORYTET NR 1

.....
(pełna nazwa Pracodawcy)

Oświadczam, że osoby wskazane we Wniosku do kształcenia ustawicznego w ramach Priorytetu nr 1 będą uczestniczyć w kształceniu w następujących zawodach deficytowych:

Lp.	Forma i nazwa wnioskowanego kształcenia ustawicznego (należy wypełnić zgodnie z częścią C Wniosku np. kurs pod nazwą	Zawód deficytowy	Miejsce wykonywania pracy (miasto) *
1			
2			
3			

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy, a w przypadku braku imiennej pieczętki należy złożyć czytelny podpis)

* w przypadku pracowników z różnych miast należy wskazać liczbę osób z poszczególnych lokalizacji

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O SPEŁNIANIU PRIORYTETU NR 2

Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w związku
z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy.

Wypełnić jeśli w części B Wniosku wskazano PRIORYTET NR 2

.....
(pełna nazwa Pracodawcy)

Oświadczam, że osoby wskazane we Wniosku do kształcenia ustawicznego w ramach Priorytetu nr 2 będą wykonywały nowe zadania związane z wprowadzonymi / planowanymi do wprowadzenia zmianami według poniższej tabeli:

Lp.	Nazwa wnioskowanego kształcenia (zgodnie z częścią C Wniosku np. kurs pod nazwą...)	Nowe zadania związane z wprowadzonymi lub planowanymi do wprowadzenia zmianami (należy wymienić)	Uzasadnienie (należy dołączyć dokumenty wskazujące, że w ciągu jednego roku przed złożeniem wniosku bądź w ciągu trzech miesięcy po jego złożeniu zostały/zostaną zakupione nowe maszyny i narzędzia, bądź będą wdrożone nowe technologie i systemy, a osoby objęte kształceniem ustawicznym będą wykonywać nowe zadania związane z wprowadzonymi / planowanymi do wprowadzenia zmianami)
1			
2			
3			

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy, a w przypadku braku imiennej pieczętki należy złożyć czytelny podpis)

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O SPEŁNIANIU PRIORYTETU NR 3

Wsparcie kształcenia ustawicznego pracodawców i ich pracowników zgodnie z potrzebami szkoleniowymi, które pojawiły się na terenach dotkniętych przez powódź we wrześniu 2024 roku.

*Wypełnić jeśli w części B Wniosku wskazano **PRIORYTET NR 3***

.....

(pełna nazwa Pracodawcy)

Oświadczam, że prowadzę działalność na terenie gminy wymienionej w wykazie gmin dotkniętych przez powódź we wrześniu 2024 zamieszczonym w Zasadach naboru i rozpatrywania wniosków z KFS w roku 2025, a także oświadczam, że w związku z powyższym zachodzi konieczność nabycia nowych umiejętności lub kwalifikacji wynikających z rozszerzenia / przekwalifikowania obszaru działalności firmy.

.....

(data)

.....

(podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy, a w przypadku braku imiennej pieczętki należy złożyć czytelny podpis)

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O SPEŁNIANIU PRIORYTETU NR 4

Poprawa zarządzania i komunikacji w firmie w oparciu o zasady przeciwdziałania dyskryminacji i mobbingowi, rozwoju dialogu społecznego, partycypacji pracowniczej i wspierania integracji w miejscu pracy.

Wypełnić jeśli w części B Wniosku wskazano PRIORYTET NR 4

.....
(pełna nazwa Pracodawcy)

Oświadczam, że formy wsparcia wnioskowane w części C Wniosku wynikają z konieczności wprowadzenia lub usprawnienia w organizacji co najmniej jednego z niżej wymienionych obszarów dotyczących:

- poprawy zarządzania i komunikacji w firmie w aspekcie przeciwdziałania dyskryminacji i mobbingowi,
- wdrażania procedur przeciwdziałania i reagowania na przypadki nieprawidłowości,
- promowania bezpiecznego i wspierającego środowiska pracy,
- rozwoju dialogu społecznego,
- partycypacji pracowniczej,
- wspierania integracji w miejscu pracy,

co zostało szczegółowo uzasadnione w treści Wniosku o dofinansowanie z KFS.

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby
uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy,
a w przypadku braku imiennej pieczętki należy
złożyć czytelny podpis)

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O SPEŁNIANIU PRIORYTETU NR 5

Promowanie i wspieranie zdrowia psychicznego oraz tworzenie przyjaznych środowisk pracy poprzez m.in. szkolenia z zakresu zarządzania wiekiem, radzenia sobie ze stresem, pozytywnej psychologii, dobrostanu psychicznego oraz budowania zdrowej i różnorodnej kultury organizacyjnej.

Wypełnić jeśli w części B Wniosku wskazano PRIORYTET NR 5

.....
(pełna nazwa Pracodawcy)

Oświadczam, że formy wsparcia wnioskowane w części C Wniosku realizowane będą w co najmniej jednym ze wskazanych poniżej obszarów dotyczących:

- promowania i wspierania zdrowia psychicznego,
- tworzenia przyjaznych środowisk pracy,
- zarządzaniem wiekiem,
- radzenia sobie ze stresem zawodowym,
- radzenia sobie z wypaleniem zawodowym,
- skutecznej komunikacji w zespole,
- zdrowego stylu życia,
- technik relaksacyjnych,
- psychologii pozytywnej,
- dobrostanu psychicznego,
- promowania równowagi między życiem zawodowym a prywatnym,
- budowania zdrowej i różnorodnej kultury organizacyjnej.

co zostało szczegółowo uzasadnione w treści Wniosku o dofinansowanie z KFS.

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy, a w przypadku braku imiennej pieczętki należy złożyć czytelny podpis)

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O SPEŁNIANIU PRIORYTETU NR 6

Wsparcie cudzoziemców, w szczególności w zakresie zdobywania wiedzy
na temat polskiego prawa pracy i integracji tych osób na rynku pracy.

*Wypełnić jeśli w części B Wniosku wskazano **PRIORYTET NR 6***

.....
(pełna nazwa Pracodawcy)

Oświadczam, że na dzień składania Wniosku zatrudniam na umowę o pracę cudzoziemców *.

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby
uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy,
a w przypadku braku imiennej pieczętki należy
złożyć czytelny podpis)

* należy wskazać liczbę cudzoziemców zatrudnionych na podstawie ustawy Kodeks pracy.

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O SPEŁNIANIU PRIORYTETU NR 7

Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych.

Wypełnić jeśli w części B Wniosku wskazano PRIORYTET NR 7

.....
(pełna nazwa Pracodawcy)

Oświadczam, że wnioskowane formy wsparcia wskazane w części B Wniosku są konieczne do nabycia określonych umiejętności z zakresu usług zdrowotnych i opiekuńczych oraz posiadam odpowiedni kod PKD w Sekcji Q tj. Opieka zdrowotna i pomoc społeczna, w granicach wskazanych poniżej obszarów działalności:

- 86 – Opieka zdrowotna
- 87 – Pomoc społeczna z zakwaterowaniem
- 88 – Pomoc społeczna bez zakwaterowania

.....
(data)

.....
*(podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby
uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy,
a w przypadku braku imiennej pieczętki należy
złożyć czytelny podpis)*

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O SPEŁNIANIU PRIORYTETU NR 8

Rozwój umiejętności cyfrowych.

Wypełnić jeśli w części B Wniosku wskazano PRIORYTET NR 8

.....
(pełna nazwa Pracodawcy)

Oświadczam, że kształcenie ustawiczne osób wskazanych we Wniosku w ramach Priorytetu nr 8 dotyczy podnoszenia kompetencji cyfrowych, co wykazano szczegółowo w uzasadnieniu do Wniosku o dofinansowanie z KFS.

.....
(data)

.....
*(podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby
uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy,
a w przypadku braku imiennej pieczętki należy
złożyć czytelny podpis)*

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY O SPEŁNIANIU PRIORYTETU NR 9

Wsparcie rozwoju umiejętności związanych z transformacją energetyczną.

Wypełnić jeśli w części B Wniosku wskazano PRIORYTET NR 9

.....
(pełna nazwa Pracodawcy)

Oświadczam, że wnioskując o formy wsparcia wykazane w części C Wniosku zamierzam przyczynić się do realizacji założonych celów transformacji energetycznej, w tym np. przejścia z energetyki tradycyjnej (np. węglowej) do bardziej przyjaznych środowisku źródeł energii np. wiatraków czy farm fotowoltaicznych lub zamierzam przyczynić się do rozwoju zielonych kompetencji tj. zestawu umiejętności pozwalających na działania na rzecz zrównoważonego rozwoju i szeroko pojętej ekologii.

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby
uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy,
a w przypadku braku imiennej pieczętki należy
złożyć czytelny podpis)

OŚWIADCZENIE PRACODAWCY Z SEKTORA OPIEKI MEDYCZNEJ

Wypełnić jeśli firma/organizacja działa w sektorze opieki medycznej

.....
(pełna nazwa Pracodawcy)

Oświadczam, że wskazane we Wniosku działania obejmujące kształcenie ustawiczne nie są:

- Stażami podyplomowymi wraz z kosztami obsługi określonymi w przepisach o zawodzie lekarza i lekarza dentysty.
- Szkoleniami specjalizacyjnymi lekarzy i lekarzy dentystów, o których mowa w przepisach o zawodzie lekarza i lekarza dentysty.
- Specjalizacjami pielęgniarek i położnych, o których mowa w przepisach o zawodach pielęgniarki i położnej.

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć Pracodawcy lub osoby
uprawnionej do reprezentowania Pracodawcy,
a w przypadku braku imiennej pieczętki należy
złożyć czytelny podpis)