**KARTA DZIAŁANIA ZAŁĄCZNIK Nr 1c**

do wniosku o dofinansowanie ze środków KFS

**Informacje szczegółowe** dotyczące działań i wydatków na kształcenie ustawiczne pracowników/pracodawcy

**Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych**

**(**do wniosku musi być załączony „Zakres egzaminu” – Załącznik 4**)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj egzaminu (zakres)** | **Planowany termin przeprowadzenia egzaminu**  **(od.. do..)** | **Wykonawca usługi**  **(nazwa i adres siedziby**  **NIP, REGON, PKD)** | **Koszt egzaminu dla jednej osoby**  (VAT zwolniony) | **Ilość osób** | **Całkowita wysokość wydatków w zł**  (VAT zwolniony) |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Rodzaj badań (lekarskich, psychologicznych)** | **Termin przeprowadzenia badań**  **(od.. do..)** | **Wykonawca usługi**  **(nazwa i adres siedziby**  **NIP, REGON, PKD)** | **Koszt badań dla jednej osoby** | **Ilość osób** | **Całkowita wysokość wydatków w zł** |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Ubezpieczenia NNW w związku z podjętym kształceniem**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków -zakres** | **Data ubezpieczenia (od.. do..)** | **Wykonawca usługi**  **(nazwa i adres siedziby**  **NIP, REGON, PKD)** | **Koszt ubezpieczenia NNW dla jednej osoby** | **Ilość osób** | **Całkowita wysokość wydatków w zł** |
|  |  |  |  |  |  |  |

……………………………… ………….……………………

Data /pieczątka i podpis osoby upoważnionej/