Projekt **„*Fundusz Usług Rozwojowych - wsparcie mikro, małych i średnich przedsiębiorstw oraz ich pracowników z subregionu przemyskiego***" współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego

na lata 2014-2020, Oś priorytetowa: VII Regionalny rynek pracy.

Działanie: 7.5 Rozwój kompetencji pracowników sektora MŚP

***Załącznik nr 1*** *do Formularza zgłoszeniowego do projektu*

***obowiązuje od dnia 19.08.2019 r.***

**INFORMACJE O USŁUDZE ROZWOJOWEJ**

**w ramach projektu**

**„Fundusz Usług Rozwojowych - wsparcie mikro, małych i średnich przedsiębiorstw oraz ich pracowników z subregionu przemyskiego”**

Instrukcja wypełniania formularza:

1. Właściwą odpowiedź prosimy zakreślić krzyżykiem.
2. W miejscach do tego przeznaczonych prosimy o wpisanie KOMPUTEROWO lub DRUKOWANYMI LITERAMI wymaganych informacji.
3. Wymagane jest wypełnienie wszystkich pól i uzupełnienie własnoręcznych, czytelnych podpisów pod oświadczeniami znajdującymi się na końcu formularza.
4. W polach formularza, które nie mogą zostać wypełnione ze względu na specyfikę danego zgłoszenia należy wpisać „nie dotyczy”.
5. Każdą usługę proszę rozpisać w osobnych dokumentach.
6. W przypadku większej liczby usług rozwojowych formularz należy wypełnić oddzielnie dla każdej usługi.
7. **Dane przedsiębiorstwa**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa przedsiębiorstwa**  *(zgodnie z dokumentem rejestrowym)* |  |

1. **Informacje o usłudze rozwojowej**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa usługi**  *(zgodnie z Kartą Usługi w BUR)* | |  | | | | |
| **Numer usługi w BUR**  *(zgodnie z Kartą Usługi w BUR)* | |  | | | | |
| **Nazwa podmiotu świadczącego usługę rozwojową** | |  | | | | |
| **Miejsce realizacji usługi** | |  | | | | |
| **Termin realizacji usługi** | | **Od** ……………….…….. (dd/mm/rrrr) **do** ……………….…….. (dd/mm/rrrr*)* | | | | |
| **Czy usługa pozwala na zdobycie kwalifikacji lub części kwalifikacji zarejestrowanych w ZRK?** | | **Tak**  **Nie** | | | | |
| **Cena netto usługi na jednego pracownika** | | …………………………………………. PLN | | | | |
| **Łączny koszt netto usługi rozwojowej**  *(Cena usługi netto na jednego pracownika x liczba pracowników delegowanych do usługi rozwojowej)* | | …………………………………………. PLN | | | | |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko pracownika delegowanego do udziału w usłudze rozwojowej** | | **Pracownik powyżej 50 roku życia**  *(kryterium premiujące)* | **Pracownik o niskich kwalifikacjach** *(kryterium premiujące)* | **Poziom dofinansowania usługi rozwojowej (%)**  *(zgodnie z §5.pkt 8 i pkt 9. Regulaminu wsparcia w ramach PSF)* | **Kwota dofinansowania usługi rozwojowej na pracownika**  *(Cena netto usługi na jednego pracownika x Poziom dofinansowania usługi rozwojowej dla danego pracownika)*  *(lecz nie więcej niż kwota limitu określona w §5.pkt 4 Regulaminu wsparcia w ramach PSF)* |
|  |  | | Tak  Nie | Tak  Nie |  |  |
|  |  | | Tak  Nie | Tak  Nie |  |  |
|  |  | | Tak  Nie | Tak  Nie |  |  |
|  |  | | Tak  Nie | Tak  Nie |  |  |
|  |  | | Tak  Nie | Tak  Nie |  |  |
|  |  | | Tak  Nie | Tak  Nie |  |  |
|  |  | | Tak  Nie | Tak  Nie |  |  |
|  |  | | Tak  Nie | Tak  Nie |  |  |
|  |  | | Tak  Nie | Tak  Nie |  |  |
|  |  | | Tak  Nie | Tak  Nie |  |  |
| **Wnioskowane dofinansowanie na usługę rozwojową RAZEM[[1]](#footnote-1):** | | | | | |  |

……………………………………………….. ………………………………………………………………….

*Miejscowość i data Pieczęć i podpis/y osoby/osób uprawnionych*

*do reprezentowania Przedsiębiorstwa*

1. UWAGA! Kwotę należy zaokrąglić „w dół” do dwóch miejsc po przecinku. [↑](#footnote-ref-1)