**WYKAZ OSÓB PLANOWANYCH DO OBJĘCIA KSZTAŁCENIEM USTAWICZNYM FINANSOWANYM ZE ŚRODKÓW KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr osoby (zgodny z danymi zawartymi we Wniosku)** | **Imię i Nazwisko**  **(pracownika/pracodawcy)** | **PESEL** | **Nazwa usługi kształcenia ustawicznego** | **Cena usługi kształcenia dofinansowana z KFS** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |

……..…………………………………….

*(data, pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby   
 upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)*