



ZAŁĄCZNIK NR 3 do Regulaminu uczestnictwa ver. 1.0

Data wpływu	
Nr wniosku	BKS/SZKOL/

WNIOSEK O PRYZNANIE SZKOLENIA w ramach projektu „Biura Karier Seniora w regionie szczecińskim” nr FEPZ.06.03-IP.01-0022/24 dofinansowanego w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego PLUS	
DANE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU:	
Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
WNIOSKUJĘ O PRYZNANIE SZKOLENIA W NASTĘPUJĄCYM ZAKRESIE (należy dodać wiersze w przypadku większej ilości szkoleń):	
Rodzaj szkolenia Nazwa instytucji szkolącej Nr RIS ¹	
Podstawa uznania kwalifikacji/ kompetencji uzyskanych podczas szkolenia za zgodne z zał. 3A do Regulaminu uczestnictwa w projekcie BKS	
Wymiar godzin w miesiącu	
Termin szkolenia	
Miejsce realizacji szkolenia	
Koszt szkolenia brutto/netto (jeśli dotyczy powinien uwzględniać koszty egzaminu zewnętrznego, ubezpieczenia czy badań)	KOSZT BRUTTO:
	KOSZT NETTO:

¹ Instytucja szkoleniowa wskazana jako wykonawca szkolenia we wniosku musi posiadać aktualny wpis do Rejestru Instytucji Szkoleniowych dostępnego pod adresem - <https://stor.praca.gov.pl/porta/strona-glowna>



ZAMIERZAM UBIEGAĆ SIĘ O ZWROT:	
Kosztów dojazdu	☐ TAK ☐ NIE
Załączniki: 1. 3 oferty 2.	
Oświadczam, iż jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z przepisów art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za oświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy, w związku z art. 75 § 2 Kodeksu Postępowania Administracyjnego i oświadczam że powyższe dane są zgodne z prawdą. Znam i akceptuję warunki przyznawania szkoleń określone w Regulaminie uczestnictwa w projekcie.	
Miejscowość, data	Czytelny podpis Uczestnika/ Uczestniczki projektu

WYPEŁNIA PRZEDSTAWICIEL(KA) BENEFICJENTA PROJEKTU	
Potwierdzam zgodność zakresu szkolenia z zapisami IPD	
Imię i nazwisko (doradca zawodowy)	
Data i podpis	
W oparciu o przedstawione założenia szkolenia Uczestnikowi/ Uczestniczce projektu przysługuje/nie przysługuje* stypendium szkoleniowe (wysokość stypendium szkoleniowego zależne jest od liczby godzin obecności na szkoleniu)	
Imię i nazwisko	
Data i podpis	
Przyznaję/ nie przyznaję Uczestnikowi/ Uczestniczce projektu usługę szkoleniową w wysokości zł	
Imię i nazwisko	
Data i podpis	