



ZAŁĄCZNIK NR 3 do Regulaminu uczestnictwa ver. 1.1

Data wpływu	
Nr wniosku	BKS/SZKOL/LP/MM/RRRR

WNIOSEK O PRZYZNANIE 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 PRZYZNANIE SZKOLENIA W NASTĘPUJĄCYM ZAKRESIE (należy dodać wiersze w przypadku większej ilości szkoleń):	
Rodzaj szkolenia / Nazwa szkolenia Nazwa instytucji szkolącej Nr RIS ¹	
Kwalifikacje / Kompetencje / Efekty uczenia się (zgodne z IPD) - uzyskane podczas szkolenia	
Zawód / Stanowisko (zgodne z IPD) - do którego niezbędne jest zdobycie kwalifikacji/kompetencji	
Podstawa uznania kwalifikacji/ kompetencji uzyskanych podczas szkolenia za zgodne z dokumentem <i>Podstawowe informacje dotyczące uzyskiwania kwalifikacji w ramach projektów współfinansowanych z</i>	1. Kwalifikacje i uprawnienia nadawane w systemie oświaty/szkolnictwa wyższego lub przez organy władz publicznych i samorządów zawodowych lub 2. Zintegrowany System Kwalifikacji lub 3. Certyfikat branżowy uznawany powszechnie lub 4. Dokument potwierdzający uznanie kompetencji

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>



EFS+) - Zał. 3A do Regulaminu uczestnictwa w projekcie BKS		
Wymiar godzin w miesiącu oraz łączny wymiar godzin szkolenia		
Termin szkolenia		
Miejsce realizacji szkolenia		
Koszt szkolenia brutto/netto (powinien uwzględniać wszystkie koszty szkolenia, w tym egzaminu zewnętrznego/walidacji, ubezpieczenia, badań itp.)	KOSZT BRUTTO:	KOSZT NETTO:

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 <i>(wysokość stypendium szkoleniowego zależne jest od liczby godzin obecności na szkoleniu)</i>	
Imię i nazwisko	
Data i podpis	
Przyznaję/ nie przyznaję Uczestnikowi/ Uczestniczce projektu usługę szkoleniową w wysokości	
Imię i nazwisko	
Data i podpis	