|  |  |
| --- | --- |
|  | **Powiatowy Urząd Pracy****we Wrześni**ul. Wojska Polskiego 2 62-300 Września; Tel. 61-640-35-35, Fax 61-640-21-10 ***adres strony internetowej:*** *www.wrzesnia.praca.gov.pl* |

***ANKIETA DOTYCZĄCA ZAPOTRZEBOWANIA NA ŚRODKI***

***REZERWY KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO W 2020 ROKU*
Analiza pozyskanych informacji będzie podstawą do wystąpienia o środki rezerwy KFS
dla powiatu wrzesińskiego w 2020 roku.**

**DANE PRACODAWCY:**

1. Nazwa i adres pracodawcy:

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

1. Rodzaj prowadzonej działalności:

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

1. Dane osoby upoważnionej do kontaktu: (imię, nazwisko i numer telefonu) …………………………………………………………………………………………………………………………...
**Priorytety Rady Rynku Pracy wydatkowania rezerwy KFS 2020 r. :
1**) wsparcie kształcenia ustawicznego osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności;
**2)** wsparcie w nabywaniu kompetencji cyfrowych;
**3**) wsparcie kształcenia ustawicznego pracowników Centrów Integracji Społecznej, Klubów Integracji Społecznej oraz Warsztatów Terapii Zajęciowej,
**4**) wsparcie kształcenia ustawicznego osób, które mogą udokumentować wykonywanie przez co najmniej 15 lat prac w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, a którym nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej;

**5**) wsparcie kształcenia ustawicznego osób zatrudnionych u pracodawców, którzy w latach 2017-2019 nie korzystali ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego.

**Planowane formy podnoszenia kwalifikacji:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Nazwa działania** | **Kwota****zapotrzebowania** | **Ilość osób** | **Wskazać właściwy priorytet** |
| 1. | Określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego w związku z ubieganiem się o sfinansowanie tego kształcenia ze środków KFS |  |  |  |
| 2. | Kursy  |  |  |  |
| 3. | Studia podyplomowe |  |  |  |
| 4. | Egzaminy umożliwiające uzyskanie dokumentów potwierdzających nabycie umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień zawodowych. |  |  |  |
| 5. | Badania lekarskie lub psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu. |  |  |  |
| 6. | Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków w związku z podjętym kształceniem  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |

**Ankieta ma charakter badawczy i nie stanowi zobowiązania dla żadnej ze stron.**

 …………………………………

 (data i podpis pracodawcy)