**Załącznik nr 2**

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE MAJĄ ZOSTAĆ OBJĘTE DZIAŁANIAMI FINANSOWYMI
Z UDZIAŁEM ŚRODKÓW Z KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko****pesel** | **Poziom wykształcenia** | **Osoba wykonuje przez co najmniej 15 lat pracę w szczególnych warunkach, której nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej****TAK/NIE** | **Osoba wykonuje pracę przez co najmniej 15 lat o szczególnym charakterze, której nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej****TAK/NIE** | **Stanowisko, wymiar czasu pracy, rodzaj umowy****Okres zatrudnienia****Od…….do………** | **Forma kształcenia ustawicznego (nazwa kursu/kierunek studiów podyplomowych** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |
|  **3.** |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |  |  |
| **8.** |  |  |  |  |  |  |

**Oświadczam, że w/w dane są zgodne z prawdą.**

 .……………………………………

 ( pieczątka i podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej

 do reprezentowania pracodawcy)

PUP 5/2017