**Załączniknr 2**

**WYKAZOSÓB,KTÓREMAJĄZOSTAĆOBJĘTEDZIAŁANIAMIFINANSOWYMI  
ZUDZIAŁEMŚRODKÓWZKRAJOWEGOFUNDUSZUSZKOLENIOWEGO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imięinazwisko**  **pesel** | **Poziomwykształcenia** | **Osobawykonuje przez co najmniej 15 lat pracę wszczególnychwarunkach, której nie przysługuje prawo do emerytury pomostowej**  **TAK/NIE** | **Osobawykonujepracę przez co najmniej 15 lat  oszczególnymcharakterze, 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 danesązgodnezprawdą.**

.……………………………………

( pieczątkaipodpispracodawcylubosobyupoważnionej

doreprezentowaniapracodawcy)

PUP 5/2017