**Załączniknr 2**

**WYKAZOSÓB,KTÓREMAJĄZOSTAĆOBJĘTEDZIAŁANIAMIFINANSOWYMI
ZUDZIAŁEMŚRODKÓWZKRAJOWEGOFUNDUSZUSZKOLENIOWEGO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imięinazwisko****pesel** | **Poziomwykształcenia** | **Osobawykonuje przez co najmniej 15 lat pracęwszczególnychwarunkach, 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