

Załącznik nr 2



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

Lp.	Imię i nazwisko	Nr PESEL	Grupa wiekowa*	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/egzaminu/ kierunku studiów podyplomowych/ badania/ ubezpieczenie)	Priorytet***
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
n.									

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

.....

(pieczęć i podpis pracodawcy

lub osoby upoważnionej do reprezentowania pracodawcy)

* 15-24 lata; 25-34 lata; 35-44 lata; 45 lat i więcej (na dzień złożenia wniosku)

** podstawowe, gimnazjalne, zasadnicze zawodowe, średnie ogólnokształcące, średnie zawodowe, policealne,
wyższe

*** zgodnie z pkt. 10 wniosku