**Załącznik nr 4**

**Struktura wnioskowanego wsparcia ze środków KFS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Pracodawca/**  **Pracownik** | **Zajmowane stanowisko pracy/zawód** | **Podstawa zatrudnienia oraz okres jej trwania\*** | **Nazwa rodzaju wsparcia wraz z nazwą kierunku\*\*** | **Wsparcie kształcenia ustawicznego wg grup priorytetowych (dotyczy części B pkt 6 wniosku) należy wpisać 1, 2 lub 3** | **Termin realizacji** | **Całkowity koszt kształcenia** | **Kwota uzyskanego dofinansowania z KFS w roku 2017** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**\***W przypadku umowy o pracę na czas określony należy podać daty od…do.

\*\*Jeżeli wnioskowane jest pokrycie kosztów badań lekarskich lub ubezpieczenie NNW, również należy wpisać tę formę wsparcia.

**………………………….. ………………………………………………**

(data) (podpis i pieczęć pracodawcy)