**Załącznik nr 2 do Regulaminu naboru PSFWP 2/2025**

**Wykaz pracowników skierowanych przez Pracodawcę do udziału w usłudze rozwojowej**

**Instrukcja wypełniania**

1. Właściwą odpowiedź należy zakreślić np. ⮽
2. Formularz należy wypełnić komputerowo lub drukowanymi literami
3. Należy wypełnić wszystkie wymagane pola

|  |
| --- |
| **Formularz**  |
| ⬜ zwykły | ⬜ Korygujący |
| **Nazwa podmiotu**  |  |
| **NIP** |  |
| **Indywidualny numer identyfikacyjny (numer ID wsparcia):** | **FEPD.07.03-IP.01-0001/23\_UW/…../PSFWP2/2025** |
| **Lp.**  | **Imię i nazwisko zgłaszanego pracownika**  | **Numer usługi (numer w Karcie usługi w Bazie Usług Rozwojowych)** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| … |  |  |

**Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że wyżej wymieniona/e osoba/y jest/są pracownikiem/pracownikami (zgodnie z definicją zawartą w Regulaminie naboru nr PSFWP 2/2025) podmiotu, który reprezentuję.
2. Oświadczam, że ww. pracownik/pracownicy jest/są zatrudniony/nieni na **umowę o pracę co najmniej od 1 września 2025 r.** i na okres nie krótszy niż do czasu zakończenia realizacji usługi rozwojowej, w której uczestniczy/ą zgodnie z Umową wsparcia i świadczy/ą pracę w podmiocie, który reprezentuję.
3. Oświadczam, żewymiar stosunku pracy ww. pracownika/ów w oparciu o umowę o pracę nie jest **niższy niż pół etatu**.
4. Oświadczam, że usługi rozwojowe, których numery zostały wskazane w niniejszym Wykazie spełniają warunki kwalifikowalności wskazane w § 9 ust. 1 i 2 Regulaminu Naboru nr PSFWP 2/2025.
5. Jednocześnie oświadczam, iż dane zawarte w Formularzach zgłoszeniowych pracowników są zgodne z posiadaną przeze mnie dokumentacją kadrową każdego z uczestników.

**Uwaga!**

1. Pracodawca, dostarczając Kartę usługi powinien się upewnić, że nie zawiera ona braków/błędów. Braki/błędy w Karcie usługi mogą skutkować koniecznością złożenia dodatkowych wyjaśnień, a nawet zawieszeniem płatności.
2. Pracodawca powinien się upewnić, że zgłaszani przez niego pracownicy nie korzystają w ramach niniejszego Naboru z dofinansowania w ramach Umów wsparcia, zawartych z innymi pracodawcami. W niniejszej procedurze naboru wyznacza się limit **10 000 zł wsparcia na jednego pracownika** (sprawdzenie na podstawie nr PESEL).
3. Poziom dofinansowania pojedynczej usługi rozwojowej dla jednego pracownika to max. **5 000,00 zł**. W przypadku udziału w usłudze szkoleniowej - studia podyplomowe limit ten ulega zwiększeniu do 10 000,00 zł.
4. Z podmiotem świadczącym usługi rozwojowe należy zawrzeć pisemną umowę na realizację usług rozwojowych.

**WYMAGANE ZAŁĄCZNIKI:**

|  |  |
| --- | --- |
| ⬜ | 1. Formularz zgłoszeniowy pracownika (Załącznik Nr 2a do Regulaminu naboru)\*
 |
| ⬜ | 1. Oświadczenie RODO (Załącznik Nr 2b do Regulaminu naboru)\*
 |
| ⬜ | 1. Dokument wygenerowany z Platformy Usług Elektronicznych ZUS - Dane ubezpieczonego (na dokumencie należy zanonimizować numer dowodu osobistego oraz dane dotyczące członków rodziny zgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego)
 |
| ⬜ | 1. Dokument ZUS RCA wraz z potwierdzeniem przesłania do ZUS (informacja o wysyłce i potwierdzeniu lub UPP; na dokumencie należy zanonimizować dane dotyczące wysokości wynagrodzenia) za okres od 1 września 2025 r. do momentu przedłożenia wykazu pracowników
 |
| ⬜ | 1. Karta Usługi – wydruk z Bazy Usług Rozwojowych
 |
| ⬜ | 1. Potwierdzona za zgodność z oryginałem przez Pracodawcę kopia potwierdzenia nadania numeru PESEL osobie o statusie UKR (na dokumencie należy zanonimizować dane dotyczące nazwiska rodowego, miejsca urodzenia, imienia ojca, matki, nazwiska rodowego matki, rodzaju, serii i numeru dokumentu tożsamości) – dotyczy obywatela Ukrainy zatrudnionego u Pracodawcy
 |
| ⬜ | 1. Potwierdzona za zgodność z oryginałem przez Pracodawcę kopia dokumentu potwierdzającego zatrudnienie w ramach opieki długoterminowej np. zaświadczenie Pracodawcy potwierdzające zatrudnienie na zajmowanym stanowisku (wydane nie wcześniej niż 30 dni przed złożeniem niniejszego Wykazu) – dotyczy pracowników opieki długoterminowej
 |

\* składa się tylko raz przy pierwszej usłudze rozwojowej, w której bierze udział dany pracownik

……………………………………………………………………..

1. Miejscowość i data wypełnienia.
2. Czytelny podpis lub podpis wraz z imienną pieczęcią osoby uprawnionej do podejmowania decyzji wiążących w imieniu Pracodawcy.
3. Pieczęć Pracodawcy.