***Załącznik nr 1 do Zasad***

|  |
| --- |
| ***KARTA OCENY FORMALNEJ WNIOSKU O PRZYZNANIE ŚRODKÓW Z KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO NA FINANSOWANIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO*** |

TERMIN NABORU OGŁOSZONY PRZEZ POWIATOWY URZĄD PRACY: .………………………………………………………………………….…………………

WNIOSKODAWCA: …………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………

NR WNIOSKU: ……………………………………… DATA ZŁOŻENIA WNIOSKU: ……………………………………………

Wniosek złożony w terminie naboru – podlega rozpatrzeniu **□**

Wniosek złożony poza terminem naboru – nie podlega rozpatrzeniu **□**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr** | **KRYTERIA OCENY** | **Spełnienie kryterium** | | |
| **TAK** | **NIE** | **UWAGI** |
| **1** | *Wniosek został złożony zgodnie z siedzibą lub miejscem prowadzenia działalności na terenie powiatu wadowickiego* |  |  |  |
| **2** | *Złożony wniosek wypełniony jest na właściwym druku (zawiera wszystkie informacje, o których mowa w § 5 ust. 1 Rozporządzenia)* |  |  |  |
| **3** | *Wniosek jest wypełniony czytelnie, zawiera wszystkie wymagane załączniki i jest podpisany we wskazanych miejscach przez osobę umocowaną* |  |  |  |
| **4** | *Wnioskodawca jest pracodawcą, przez co rozumie się jednostkę organizacyjną, chociażby nie posiadała osobowości prawnej, a także osobę fizyczną, jeżeli zatrudnia on co najmniej jednego pracownika* |  |  |  |
| **5** | |  | | --- | | *Wniosek wpisuje się w priorytety wydatkowania środków KFS na 2020 rok, przyjęte przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej* | |  |  |  |
| **6** | |  | | --- | | *Wniosek wpisuje się w priorytety wydatkowania środków rezerwy KFS na 2020 rok określonymi przez Radę Rynku Pracy* | |  |  |  |

* Wniosek wypełniony jest prawidłowo – nie podlega uzupełnieniu **□**
* Wniosek wypełniony jest nieprawidłowo – podlega uzupełnieniu **□**
* Brak obowiązkowych załączników, o których mowa

w § 5 ust. 2 Rozporządzenia – wniosek pozostawia się bez rozpatrzenia **□**

Nieprawidłowości do uzupełnienia ……………………………………..………………………………………..…………………………………………………

………………………………………………………………………..…………….……………………………………………………………………………………........

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Wyznaczony termin na poprawienie/uzupełnienie …………………………………..………………………………………………………………………..

Uzupełniono w dniu ……………………………………… – wniosek podlega dalszej ocenie **□**

Nie uzupełniono do dnia ………………………………. – wniosek pozostaje bez rozpatrzenia **□**

………………….………………………………………..

*data i podpis pracownika oceniającego wniosek*