

KARTA ZMIAN DO WNIOSKU

| | | | | | | | | | | |
|---|---|--|---|--|--|--|--|--------------------------|-----------------------------------|--|
| NAZWA / KIERUNEK KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO | | | | | | | | | | |
| AKTUALNY TERMIN REALIZACJI KSZTAŁCENIA (data rozpoczęcia kształcenia nie później niż 16.12.2022) | | | | | | | | LICZBA GODZIN | | |
| LICZBA UCZESTNIKÓW | Ogółem / w tym kobiet | | 15-24 lata / w tym kobiet | | 25-34 lata / w tym kobiet | | 35-44 lata / w tym kobiet | | 45 lat i więcej / w tym kobiet | |
| | | | | | | | | | | |
| WYKSZTAŁCENIE | gimnazjalne i poniżej / w tym kobiet | | zasadnicze zawodowe / w tym kobiet | | średnie ogólnokształcące / w tym kobiet | | policjalne i średnie zawodowe / w tym kobiet | | wyższe / w tym kobiet | |
| Liczba osób w poszczególnych grupach: | | | | | | | | | | |
| KWOTA CAŁKOWITA | | | | | | | | | | |
| KWOTA KFS | | | | | | | | | | |
| WKŁAD WŁASNY | | | | | | | | | | |

UWAGA! LICZBA GODZIN KSZTAŁCENIA NIE MOŻE ULEĆ ZMIANIE W ODNIESIENIU DO PIERWOTNIE ZŁOŻONEGO WNIOSKU!

.....
podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej
do reprezentowania pracodawcy

WYKAZ UCZESTNIKÓW KSZTAŁCENIA:

| Lp. | NAZWISKO I IMIĘ UCZESTNIKA KSZTAŁCENIA | PRIORYTET (1, 2, 3) |
|-----|--|---------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

.....
podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej
do reprezentowania pracodawcy