|  |  |
| --- | --- |
| Pieczęć wpływu | ………………………………………………………….  (pieczątka wnioskodawcy) |
| Pozycja rejestru zgłoszeń  *............/ 2025* |

*Wniosek należy złożyć w Powiatowym Urzędzie Pracy* **Starosta Zduńskowolski za** *w Zduńskiej Woli, ul. Getta Żydowskiego 4,* **pośrednictwem PUP w Zduńskiej Woli**

*w sekretariacie pok. 12.*

**WNIOSEK**

**O PRZYZNANIE ZE ŚRODKÓW REZERWY KRAJOWEGO FUNDUSZU SZKOLENIOWEGO NA FINANSOWANIE LUB WSPÓŁFINANSOWANIE DZIAŁAŃ NA RZECZ KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO PRACOWNIKÓW I PRACODAWCÓW**

Zgodnie z art. 69 b ust. 1 ustawy z 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy

(Dz. U. z 2025 r. poz. 214) w związku z art. 443 ustawy z 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia  
(Dz. U. z 2025 r. poz. 620)

Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Dz.U. 2018. poz. 117)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. DANE PRACODAWCY** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa Pracodawcy | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DANE PODSTAWOWE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Siedziba pracodawcy | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce prowadzenia działalności | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nr telefonu | | | | | |  | | | | | | Nr faksu | | | |  | | | | | |
| e-mail | | | | | |  | | | | | | Strona www | | | |  | | | | | |
| NIP | | | | | |  | | | | | | REGON | | | |  | | | | | |
| Przeważający rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej wg PKD | | | | | |  | | | | | | Data rozpoczęcia działalności | | | |  | | | | | |
| **DANE ORGANIZACYJNE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Forma prawna wnioskodawcy | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Forma opodatkowania | | | | | | | | | | a) Księga przychodów i rozchodów:  € 12% € 19% € 32% | | | | | | | | | | | |
| b) Pełna księgowość:  € 12% € 19% € 32% | | | | | | | | | | | |
| c) Ryczałt od przychodów ewidencjonowanych:  € 3% € 5,5% € 8,5% € 17% € 20% | | | | | | | | | | | |
| Liczba pracowników zatrudnionych na umowę  o pracę w dniu złożenia wniosku | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Roczny obrót | | | | | | | | | | roczny obrót netto lub suma aktywów  **przekracza 2 mln EUR** | | | | | | | | € TAK € NIE | | | |
| roczny obrót netto lub suma aktywów  **przekracza 10 mln EUR** | | | | | | | | € TAK € NIE | | | |
| roczny obrót netto przekracza **50 mln** EUR lub suma aktywów przekracza **43 mln EUR** | | | | | | | | € TAK € NIE | | | |
| Wielkość przedsiębiorstwa | | | | | | | | | | mikro przedsiębiorstwo: € TAK € NIE  małe przedsiębiorstwo: € TAK € NIE  średnie przedsiębiorstwo: € TAK € NIE  duże: € TAK € NIE | | | | | | | | | | | |
| Za mikro przedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych:   1. zatrudniał średniorocznie mniej niż 10 pracowników oraz 2. osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 2 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 2 milionów euro.   Za małego przedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych:   1. zatrudniał średniorocznie mniej niż 50 pracowników oraz 2. osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości w złotych 10 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 10 milionów euro.   Za średniego przedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych:   1. zatrudniał średniorocznie mniej niż 250 pracowników oraz 2. osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych nieprzekraczający równowartości  w złotych 50 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 43 milionów euro.   Za dużego przedsiębiorcę uważa się przedsiębiorcę, który w co najmniej jednym z dwóch ostatnich lat obrotowych:   1. zatrudniał średniorocznie 250 i więcej pracowników oraz 2. osiągnął roczny obrót netto ze sprzedaży towarów, wyrobów i usług oraz operacji finansowych przekraczający równowartości w złotych 50 milionów euro, lub sumy aktywów jego bilansu sporządzonego na koniec jednego z tych lat nie przekroczyły równowartości w złotych 43 milionów euro.   Wyrażone w euro wielkości, rocznego obrotu lub sumy aktywów, przelicza się na złote według średniego kursu ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski w ostatnim dniu roku obrotowego wybranego do określenia statusu przedsiębiorcy. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **POZOSTAŁE DANE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko oraz stanowisko osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Pracodawcy przy podpisywaniu umowy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ……………………………… ..…………………………….. …………………………  imię i nazwisko stanowisko wzór podpisu  **lub**  .……………………………… ………………………………. ..……………………….  imię i nazwisko stanowisko wzór podpisu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię i nazwisko osoby wskazanej  przez pracodawcę do kontaktu z urzędem | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Nr telefonu | | | |  | | | | | | | | e-mail | | |  | | | | |  | |
| **2. DANE DOTYCZĄCE WSPARCIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Łączna liczba osób do objęcia wsparciem | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Całkowita wartość planowanych działań kształcenia ustawicznego: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| - wnioskowana wysokość środków KFS | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| - wysokość wkładu własnego | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Przewidywana data zakończenia realizacji umowy (t. j. data zakończenia ostatniej formy wsparcia + 30 dni ) | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Numer nieoprocentowanego rachunku bankowego na który zostanie przekazane dofinansowanie | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **U****czestnik[[1]](#footnote-1) nr …… planowany do objęcia kształceniem ustawicznym** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Miejsce wykonywania pracy przez wyżej wskazanego**  **€ pracownika € pracodawcę \*** | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **Uczestnik**1 **nr ……** | | **15-24**  **lat** | | **25-34 lat** | | | **35-44 lat** | **45 lat**  **i więcej** | | **Wykształcenie** | | | **Forma zatrudnienia / rodzaj umowy o pracę** | | **Okres zatrudnienia od – do** | | | **Stanowisko pracy** | |
| **K** | **M** |
|  |  |  | |  | | |  |  | |  | | |  | |  | | |  | |
| **Dofinansowanie z Krajowego Funduszu Szkoleniowego przeznaczone jest na następujący priorytet\*:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób po 50 roku życia. | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 1. Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności. | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 1. Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób z niskim wykształceniem. | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 1. Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w obszarach/branżach, które powiatowe urzędy pracy określą na podstawie wybranych przez siebie dokumentów strategicznych, analiz czy planów rozwoju jako istotne dla danego powiatu czy województwa. | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj działania** | **Koszty planowane do poniesienia**  **w poszczególnych działaniach** | | |
| **Ogółem** | **w tym Krajowy Fundusz Szkoleniowy** | **w tym**  **wkład własny pracodawcy** |
| **Kursy** |  |  |  |

\* właściwe zaznaczyć

|  |
| --- |
| Nazwa kursu ……..………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………….....  Nazwa instytucji szkoleniowej ………..………………………………………………….…………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Miejsce szkolenia………………………………………………………………………………………………………………........  Termin realizacji…………………………….…………………………………….…………………………………………………  Liczba godzin szkolenia………………………..………………………………….………………………………………………...  Koszt osobogodziny szkolenia……………………………………………………………………………………………………… |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Studia podyplomowe** | | |  | | |  | | |  |
| Nazwa studiów podyplomowych ……….……………………………………...………………………………………………………………  Nazwa organizatora studiów podyplomowych …………….……………………………………………………………..……………………  Termin realizacji ….……………………………………………………………….……………………………………………………………  Liczba semestrów studiów podyplomowych ……….………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | |
| **Egzaminy** | | |  | | |  | | |  |
| Nazwa egzaminu ……………………………..…....……………………………………………………………………………………………  Nazwa instytucji egzaminującej ………….……...….……………………………………………………………………..……………………  Miejsce egzaminu …………………………………...…….……………………………………………………………………………………  Termin realizacji ………………………………………..……………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | |
| **Badania lekarskie** | | |  | | |  | | |  |
| Rodzaj badania ……………….………………………………..………………………………………………………………………………  Termin badania ……………….………………………………...………………………………………………………………………………  Nazwa przychodni wykonującej badania………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | |
| **Ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków**  **w związku z podjętym kształceniem** | |  | | | |  | | |  |
| Nazwa ubezpieczyciela …………………………………………………………………………………………………………………………..  Termin realizacji ………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | |
| **Określenie potrzeb pracodawcy w zakresie kształcenia ustawicznego** | |  | | |  | | |  | |
| Nazwa instytucji przeprowadzającej badanie potrzeb pracodawcy ……………………………..………………………………………………  Termin realizacji ………….……...….……………………………………………………………………..……………………………………. | | | | | | | | | |
| **OGÓŁEM WYDATKI PRZEZNACZONE NA KSZTAŁCENIE W/W UCZESTNIKA** |  | | |  | | |  | | | |
| **Uzasadnienie potrzeby odbycia kształcenia ustawicznego przez pracownika lub pracodawcę przy uwzględnieniu:**   1. **obecnych lub przyszłych potrzeb pracodawcy;**   **………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...**   1. **zgodności kompetencji nabywanych przez uczestników kształcenia ustawicznego z potrzebami lokalnego lub regionalnego rynku pracy;**   **………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...**   1. **zgodności planowanych działań ze wskazanym priorytetem na 2025 r. wydatkowania środków rezerwy KFS:** 2. **Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób po 50 roku życia;**   **………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**  **………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...**  **………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………...**   1. **Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób z orzeczonym stopniem niepełnosprawności;**   **………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**   1. **Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji osób z niskim wykształceniem;**   **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………**  **.………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**  **…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**  **………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**  **………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**   1. **Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w obszarach / branżach, które powiatowe urzędy pracy określą na podstawie wybranych przez siebie dokumentów strategicznych, analiz czy planów rozwoju jako istotne dla danego powiatu czy województwa.**   **…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**  **………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**  **………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**  **…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**  **………………………………………………………………………………………………………………………………………………………** | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **UWAGA: dla każdego rodzaju szkolenia wypełnić osobną tabelkę.** | | | |
| * 1. **Nazwa realizatora usługi kształcenia ustawicznego** |  | | |
| * 1. **Siedziba realizatora usługi kształcenia ustawicznego** |  | | |
| * 1. **Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego certyfikatów jakości oferowanych usług kształcenia ustawicznego** |  | | |
| * 1. **Posiadanie przez realizatora usługi kształcenia ustawicznego dokumentu na podstawie, którego prowadzi on pozaszkolne formy kształcenia ustawicznego** *(jeżeli informacja ta nie jest dostępna w publicznych rejestrach elektronicznych)* |  | | |
| 1. **Nazwa kształcenia ustawicznego** |  | | |
| 1. **Liczba godzin kształcenia ustawicznego** |  | | |
| 1. **Cena usługi kształcenia ustawicznego** |  | | |
| 1. **Porównanie ceny ww. usługi kształcenia ustawicznego z ceną 3 podobnych usług oferowanych na rynku** *(o ile są dostępne, w przypadku braku wskazać powód)*   *Do wniosku należy załączyć wydruk* ***min. 3*** *ofert uwzględnionych do porównania (zał. 9*). | 1) | Nazwa i siedziba organizatora kształcenia |  |
| Liczba godzin kształcenia |  |
| Cena usługi |  |
| 2) | Nazwa i siedziba organizatora kształcenia |  |
| Liczba godzin kształcenia |  |
| Cena usługi |  |
| 3) | Nazwa i siedziba organizatora kształcenia |  |
| Liczba godzin kształcenia |  |
| Cena usługi |  |
| 1. **Uzasadnienie wyboru realizatora usługi kształcenia ustawicznego:** | **……………………..……………………………………………………………………**  **…………………………………..………………………………………………………**  **…………………………………………………………………………………………..**  **………………..…………………………………………………………………………**  **…………………………………..………………………………………………………**  **…………………………………..………………………………………………………** | | |

1. **Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam,  
   iż wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym.**
2. **Zapoznałem się z zasadami przyznawania środków z KFS w PUP w Zduńskiej Woli  
   oraz oświadczam, że wzór wniosku nie został zmodyfikowany z wyjątkiem miejsc, gdzie jest to wyraźnie dopuszczone.**
3. **Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania PUP w Zduńskiej Woli jeżeli w okresie  
   od dnia złożenia do dnia podpisania umowy zmianie uległ stan prawny lub faktyczny wskazany w dniu złożenia wniosku.**

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

Miejscowość i data Podpis i pieczątka Pracodawcy

**ZAŁĄCZNIKI DO WNIOSKU:**

1. Formularz informacji przedstawianych przy ubieganiu się o pomoc de minimis inną niż pomoc w rolnictwie lub rybołówstwie (Załącznik nr 1)
2. Oświadczenie wnioskodawcy o otrzymanej pomocy de minimis (Załącznik nr 2)
3. Oświadczenie wnioskodawcy o nieotrzymaniu pomocy na te same koszty kwalifikujące się do objęcia pomocą, na pokrycie których ubiega się o pomoc publiczną (Załącznik nr 3)
4. Program szkolenia (załączyć tylko jeden program od wybranego realizatora kształcenia) (Załącznik nr 4)
5. Wzór zaświadczenia lub innego dokumentu potwierdzającego ukończenie szkolenia i uzyskania kwalifikacji  
   (np. dyplomów, uprawnień itp.)
6. Kopia dokumentu potwierdzającego oznaczenie formy prawnej prowadzonej działalności w przypadku braku wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
7. Wykaz osób, które mają zostać objęte działaniami finansowymi z udziałem środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego (Załącznik nr 7)
8. Oświadczenie pracodawcy (Załącznik nr 8)
9. Oferta realizatora szkolenia (załączyć min. 3 dla porównania) (Załącznik nr 9)
10. Oświadczenie (Załącznik nr 10)
11. Pełnomocnictwo do reprezentowania pracodawcy.

***UWAGA !***

1. *Wnioski złożone w terminie naboru rozpatruje się wraz załącznikami.*
2. *Wniosek, który nie zawiera załączników wymienionych w pkt. 1-5, pozostaje bez rozpatrzenia.*
3. *W przypadku złożenia nieprawidłowo wypełnionego wniosku, pracodawcy zostanie wyznaczony termin nie krótszy niż 7 dni i nie dłuższy niż 14 dni do jego poprawienia.*
4. *W przypadku niepoprawienia wniosku we wskazanym terminie pozostaje on bez rozpatrzenia.*
5. *Dopuszcza się negocjacje treści wniosku, w celu ustalenia ceny usług kształcenia ustawicznego, liczby osób objętych kształceniem ustawicznym, realizatora usługi, programu kształcenia ustawicznego lub zakresu egzaminu, z uwzględnieniem zasady zapewnienia najwyższej jakości usługi oraz zachowania racjonalnego wydatkowania środków publicznych..*
6. *W terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku pracodawca zostanie poinformowany o sposobie jego rozpatrzenia.*
7. *Odmowa przyznania środków nie podlega odwołaniu.*

* **Klauzula informacyjna dla pracodawców ubiegających się o przyznanie środków w ramach KFS na rzecz kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, tj. RODO) uprzejmie informujemy, że:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Powiatowy Urząd Pracy w Zduńskiej Woli z siedzibą przy ul. Getta Żydowskiego 4, 98-220 Zduńska Wola. Mogą się Państwo z nami skontaktować w sposób tradycyjny pisząc na wskazany adres, telefonicznie pod numerem: +048 (43) 823-23-27 lub +048 (43) 823-23-28 oraz elektronicznie za pośrednictwem poczty  
e-mail kierując wiadomość na adres: [sekretariat@zdunskawola.praca.gov.pl](mailto:sekretariat@zdunskawola.praca.gov.pl).

Chcąc zapewnić bezpieczeństwo Państwa danych osobowych Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować za pośrednictwem poczty elektronicznej  
pod adresem: [iod@zdunskawola.praca.gov.pl](mailto:iod@zdunskawola.praca.gov.pl).

Celem przetwarzania danych, jaki realizuje Administrator jest **finansowanie kosztów kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców w ramach środków KFS.**W związku z powyższym Państwa dane osobowe są przetwarzane w rozumieniu art. 6 ust. 1 lit. c) oraz e) RODO, na podstawie przepisów prawa, które określa Ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 maja 2014 r. w sprawie przyznawania środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego W ramach określonego celu nie występuje profilowanie.

Państwa dane będą przetwarzane przez okres 5 lat po otrzymaniu odpowiedzi dotyczącej wnioskowanych środków, w związku z realizacją obowiązków ciążących na Administratorze. Jednocześnie informujemy, że podanie danych jest dobrowolne, jednak niezbędne do realizacji wyżej określonego celu.

Odbiorcami Pani/Pana danych będą podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa oraz podmioty świadczące nadzór nad oprogramowaniem przetwarzającym dane, w tym podmioty świadczące obsługę poczty elektronicznej. Dane nie będą transferowane poza Polskę.

W związku z przetwarzaniem danych osobowych posiadają Państwo prawo do dostępu oraz sprostowania podanych danych, prawo do żądania usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także prawo do przenoszenia danych.   
Z przedstawionych praw mogą Państwo skorzystać kontaktując się z Administratorem, zgodnie z powyższymi instrukcjami.

W przypadku uznania, że przetwarzanie danych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, przysługuję Państwu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

1. W przypadku ubiegania się na więcej niż jedną osobę wypełnić dodatkową tabelę z kolejnym numerem porządkowym uczestnika. [↑](#footnote-ref-1)