

## TRÓJSTRONNA UMOWA NA REALIZACJĘ SZKOLENIA/KURSU

W projekcie nr RPSW.09.01.00-26-0038/16 pn.: „Aktywna integracja w województwie świętokrzyskim”

Załącznik nr 3 do Rozesznania Rynku nr 14/2017/60

NR ...../SZ/2017

zawarta w dniu ..... pomiędzy

Fundacją Centrum Europy Lokalnej, ul. Krakowska 8/10 lok. 105, 25-029 Kielce,

REGON: 260401252, NIP: 9591897178, KRS: 0000358259

reprezentowaną przez Malwinę Skrzyniarz-Pińko – Wiceprezesa Zarządu, zwany dalej Realizatorem,  
a

.....  
zwanym w dalszej części Wykonawcą

i

.....  
zwanym dalej Uczestnikiem Projektu

o następującej treści:

### § 1

1. Realizator zleca, a Wykonawca przyjmuje do realizacji szkolenie pn.:.....  
zgodnie z przedłożoną ofertą z dnia.....
2. Szkolenie jest finansowane z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020 i wynika z realizacji projektu nr RPSW.09.01.00-26-0038/16 pn.: „Aktywna integracja w województwie świętokrzyskim”
3. Wykonawca przeprowadzi szkolenie zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020, a także zgodnie z programem szkolenia (**Załącznik nr 5**) oraz na ustalonych niniejszą umową warunkach.
4. Wykonawca oświadcza, że posiada uprawnienia, sprawny sprzęt oraz odpowiednie warunki do należytego wykonania przedmiotu umowy.

### § 2

1. Szkoleniem obejmuje się Uczestnika Projektu .....  
(PESEL ..... ) zam. .... skierowaną  
przez Realizatora.
2. Termin realizacji przedmiotu umowy ustala się następująco .....
3. Miejsce szkolenia:  
zajęcia teoretyczne - .....  
zajęcia praktyczne - .....

Projekt realizowany przez Asystent Unijny Adrian Kocyła w partnerstwie z Fundacją Centrum Europy Lokalnej i Powiatowym Urzędem Pracy w Kielcach w ramach RPO WŚ 2014-2020 na podstawie umowy z UMWS

4. Liczba godzin szkolenia ogółem: .....

### § 3

#### Wykonawca zobowiązuje się do:

1. Przeprowadzenia szkolenia, o którym mowa w §1, we własnym zakresie, na warunkach określonych w niniejszej umowie oraz zgodnie z przedłożoną ofertą na przeprowadzenie szkolenia i zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Poniesienia pełnej odpowiedzialności za **jakość i terminowość** przeprowadzanego szkolenia.
3. Zapewnienie uczestnikowi ubezpieczenia na czas trwania szkolenia.
4. Zapewnienia uczestnikowi szkolenia materiałów dydaktycznych.
5. Przeprowadzenia wewnętrznego egzaminu na zakończenie szkolenia/kursu oraz zapewnienie możliwości przystąpienia do egzaminu potwierdzającego kwalifikacje.
6. Prowadzenia dokumentacji przebiegu szkolenia stanowiącej:
  - 1) Dziennik zajęć edukacyjnych zawierający: listę obecności, wymiar godzin i tematy zajęć edukacyjnych;
  - 2) Karty ocen z okresowych sprawdzianów efektów kształcenia, jeżeli zostały one przeprowadzone;
  - 3) Protokół z egzaminu;
  - 4) Rejestr wydanych zaświadczeń lub innych dokumentów, potwierdzających ukończenie szkolenia i uzyskanie kwalifikacji zawierający: numer, imię i nazwisko oraz numer PESEL uczestnika szkolenia a w przypadku cudzoziemca numer dokumentu stwierdzającego tożsamość, oraz nazwę szkolenia i datę wydania zaświadczenia.
7. Bieżącego, pisemnego informowania Realizatora o każdej nieobecności na szkoleniu uczestnika szkolenia.
8. Przekazywania Zamawiającemu (**w terminie do 3 dnia** roboczego następnego miesiąca) listy obecności uczestnika szkolenia lub kserokopii listy obecności potwierdzonej przez Wykonawcę za zgodność z oryginałem.
9. Umożliwienia upoważnionym pracownikom Realizatora przeprowadzania kontroli realizacji przedmiotu umowy oraz przeprowadzenia ankiety ewaluacyjnej.
10. Wystawienia i wydania zaświadczeń uczestnikowi szkolenia potwierdzających ukończenie szkolenia (**Załącznik nr 3** do umowy) i uzyskanie kwalifikacji w zakresie objętym szkoleniem zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 2017 r. w sprawie kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych
11. Przeprowadzenie ankiety ewaluacyjnej po zakończeniu szkolenia i jej przekazania Zamawiającemu w terminie określonym w pkt. 13 (wg **Załącznika Nr 2** do umowy).
12. **Niezwłocznego, po zakończeniu szkolenia**, przekazania Zamawiającemu oryginałów lub kopii potwierdzonych przez Wykonawcę za zgodność z oryginałem następujących dokumentów:
  - 1) Wypełnionej przez uczestnika szkolenia ankiety ewaluacyjnej szkolenia;
  - 2) Dzienniki zajęć i listy obecności na szkoleniu uczestnika szkolenia - **Załącznik Nr 4**;
  - 3) Kopii zaświadczeń wydanych uczestnikowi szkolenia;
  - 4) Dokumentu potwierdzającego wydanie uczestnikowi materiałów dydaktycznych;
13. Podjęcia przed rozpoczęciem przetwarzania danych osobowych uczestnika szkolenia środków zabezpieczających zbiór danych, o których mowa w art. 36-39 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych oraz w Rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz. U. Nr 100, poz. 1024 z późn. zm.).

14. Przetwarzania danych osobowych uczestnika szkolenia pn. .... wyłącznie w zakresie i celu przewidzianym w niniejszej umowie.

#### § 4

Realizator ma prawo do wizytacji zajęć edukacyjnych w trakcie trwania szkolenia i kontroli realizacji niniejszej umowy przez Wykonawcę oraz przeprowadzenia ankiety ewaluacyjnej.

#### § 5

**1. Uczestnik Projektu zobowiązuje się do:**

- 1) Regularnego uczęszczania na zajęcia kursu, systematycznego realizowania jego programu i przestrzegania regulaminu obowiązującego w instytucji szkoleniowej oraz przystąpienia do egzaminu wewnętrznego, który jest integralną częścią szkolenia oraz egzaminu kwalifikacyjnego zapewnianego przez Realizatora;
  - 2) Każdorazowego usprawiedliwiania nieobecności na zajęciach szkoleniowych poprzez przedkładanie dokumentu usprawiedliwiającego nieobecność, w tym zaświadczenia lekarskiego na druku ZUS ZLA w przypadku nieobecności spowodowanej chorobą, w terminie 3 dni od daty jego wystawienia;
  - 3) Zwrotu całości kosztów szkolenia poniesionych przez Realizatora w przypadku nieusprawiedliwionego przerwania szkolenia w ciągu 14 dni od dnia otrzymania wezwania do zapłaty.
  - 4) Podjęcia stażu w ciągu miesiąca od pozytywnego zdania egzaminu kwalifikacyjnego
2. Nie dokonanie zwrotu w terminie określonym w pkt. 1 ppkt 5 spowoduje naliczenie odsetek ustawowych, a celem wyegzekwowania należnej kwoty Realizator skieruje sprawę na drogę postępowania sądowego.
3. Uczestnikowi szkolenia/kursu przysługuje stypendium w wysokości nie większej niż 120% zasiłku, o którym mowa w art. 72 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 645) pod warunkiem, że liczba godzin szkolenia lub kursu wynosi nie mniej niż 150 godzin miesięcznie – w przypadku niższego miesięcznego wymiaru godzin, wysokość stypendium ustala się proporcjonalnie.
4. Stypendium wypłaca Realizator na podstawie złożonego przez uczestnika rachunku (**Załącznik nr 6**):
- 1) Kwota netto jest wypłacana na rachunek bankowy wskazany w złożonym dokumencie
  - 2) zgodnie z ustawą z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych jest zwolnione z podatku dochodowego od osób fizycznych.
  - 3) zgodnie z ustawą z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych osoby pobierające stypendium w okresie szkolenia/kursu podlegają obowiązkowo ubezpieczeniom: emerytalnemu, rentowemu i wypadkowemu.
  - 4) kwota stypendium jest kwotą brutto i od niej odprowadza się należne podatki oraz składki na ubezpieczenia społeczne zgodnie z obowiązującymi przepisami.

#### § 6

1. Realizator wypłaci Wykonawcy wynagrodzenie w kwocie ..... zł ( słownie: .....), w tym:
  - a. koszt szkolenia w kwocie ..... zł ( słownie: .....)
  - b. koszt egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w kwocie ..... zł ( słownie: .....).
2. Należność wynikającą z pkt. 1 Realizator ureguje przelewem na konto Wykonawcy po otrzymaniu pisemnej informacji o zakończeniu kursu wraz z kompletem dokumentów

wymienionych w § 3 oraz przesłaniu faktury/rachunku dla każdej pozycji wskazanej w ust. 1 osobno, w terminie do 30 dni od daty otrzymania wymienionych dokumentów.

3. Termin płatności określony w fakturze wymienionej w pkt. 2, **nie może być krótszy niż 30 dni.**

#### § 7

1. W przypadku przerwania szkolenia z winy uczestnika projektu Wykonawca zobowiązuje się zweryfikować preliminarz kosztów szkolenia stosownie do okresu uczestniczenia w szkoleniu skierowanej osoby i przesłać go Zamawiającemu. W związku ze zmianą preliminarza zostanie pomniejszona należność przysługująca Wykonawcy określona w § 6.

#### § 8

1. Realizator rozwiąże umowę w trybie natychmiastowym w razie nienależytego wykonywania przez Wykonawcę postanowień niniejszej umowy.
2. W przypadku rozwiązania umowy z przyczyn Wykonawcy, wszelkie koszty związane z realizacją szkolenia poniesione przez Wykonawcę do dnia rozwiązania umowy obciążają Wykonawcę.

#### § 9

Zmiany postanowień niniejszej umowy mogą nastąpić za zgodą każdej ze stron w formie pisemnego aneksu.

#### § 10

W sprawach nie uregulowanych umową obowiązują przepisy Kodeksu Cywilnego.

#### § 11

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze Stron.

.....  
/Realizator, podpis i pieczęć/

.....  
/Wykonawca, podpis i pieczęć /

.....  
/Uczestnik projektu, podpis /

Lista załączników:

- Załącznik nr 1 Oświadczenie do celów ubezpieczeniowych i podatkowych  
Załącznik nr 2 Ankieta ewaluacyjna szkolenia  
Załącznik nr 3 Wzór zaświadczenia o odbyciu kursu  
Załącznik nr 4 Wzór Dziennika zajęć i listy obecności  
Załącznik nr 5 Wzór Programu Szkolenia  
Załącznik nr 6 Wzór rachunku

Załącznik Nr 1 do umowy

**OŚWIADCZENIE DO CELÓW UBEZPIECZENIOWYCH I PODATKOWYCH**

|     |                                                                                              |              |                 |             |  |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------|-------------|--|
| 1.  | Nazwisko                                                                                     |              | Nazwisko rodowe |             |  |
| 2.  | Imię pierwsze                                                                                |              | Imię drugie     |             |  |
| 3.  | Imię ojca                                                                                    |              | Imię matki      |             |  |
| 4.  | Data i miejsce urodzenia                                                                     |              |                 |             |  |
| 5.  | Numer PESEL                                                                                  |              |                 |             |  |
| 6.  | Dowód osobisty                                                                               | seria        | nr              | wydany dnia |  |
| 7.  | Obywatelstwo                                                                                 |              |                 |             |  |
| 8.  | Adres zameldowania                                                                           | kod pocztowy | miejscowość     |             |  |
|     |                                                                                              | ulica        | nr domu         | nr lokalu   |  |
|     |                                                                                              | gmina        |                 |             |  |
|     |                                                                                              | powiat       |                 |             |  |
|     |                                                                                              | województwo  |                 |             |  |
| 9.  | Adres zamieszkania jeżeli jest inny niż wymieniony w pkt.8                                   | kod pocztowy | miejscowość     |             |  |
|     |                                                                                              | ulica        | nr domu         | nr lokalu   |  |
|     |                                                                                              | gmina        |                 |             |  |
|     |                                                                                              | powiat       |                 |             |  |
|     |                                                                                              | województwo  |                 |             |  |
| 10. | Adres do korespondencji jeżeli jest inny niż wymieniony w pkt.8                              | kod pocztowy | miejscowość     |             |  |
|     |                                                                                              | ulica        | nr domu         | nr lokalu   |  |
|     |                                                                                              | gmina        |                 |             |  |
|     |                                                                                              | powiat       |                 |             |  |
|     |                                                                                              | województwo  |                 |             |  |
| 11. | Nr telefonu                                                                                  |              |                 |             |  |
| 12. | Adres e-mail                                                                                 |              |                 |             |  |
| 13. | Jestem uczniem / studentem i nie ukończyłem 26 lat (jeśli tak to dołączyć ksero legitymacji) | TAK          |                 | NIE         |  |
| 14. | Oświadczam, że rozliczam się w Urzędzie Skarbowym – adres US:                                |              |                 |             |  |
| 15. | Narodowy Fundusz Zdrowia (wpisać nazwę)                                                      |              |                 |             |  |

|     |                                                                                                                                                                                                                                                       |  |              |     |     |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------|-----|-----|
| 16. | Czy pobiera Pan/Pani rentę (jeśli tak to ksero dokumentu)                                                                                                                                                                                             |  |              | TAK | NIE |
| 17. | Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (jeśli tak to ksero dokumentu)*                                                                                                                                                          |  |              | TAK | NIE |
| 18. | Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o niezdolności do pracy (jeśli tak to ksero dokumentu)*                                                                                                                                                               |  |              | TAK | NIE |
| 19. | Oświadczam, że wyrażam zgodę na przekazywanie mojego wynagrodzenia na rachunek bankowy:                                                                                                                                                               |  |              |     |     |
|     | Bank                                                                                                                                                                                                                                                  |  | z siedzibą w |     |     |
| 20. | <b>Oświadczam, że jestem zatrudniony na podstawie</b> umowy o pracę / umowy cywilno-prawnej <b>w:</b><br>i moje wynagrodzenie / jest nie jest równe lub wyższe od minimalnego wynagrodzenia ogłoszonego przez Min. Pracy i PS /w roku 2017 – 2.000,00 |  |              |     |     |
| 21. | Oświadczam, że*: prowadzę / nie prowadzę działalności gospodarczej i są odprowadzane / nie są odprowadzane z tego tytułu składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne                                                                               |  |              |     |     |
| 22. | Oświadczam, że*: korzystam / nie korzystam ze świadczeń emerytalno – rentowych.<br>Numer emerytury Numer renty                                                                                                                                        |  |              |     |     |
| 23. | Oświadczam, że*: jestem / nie jestem zarejestrowany/a w Pow. Urzędzie Pracy z prawem / bez prawa do zasiłku.                                                                                                                                          |  |              |     |     |
| 24. | Oświadczam, że*: wnoszę / nie wnoszę o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym.                                                                                                                                                            |  |              |     |     |

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i o każdej zaistniałej zmianie także o przerwach w ubezpieczeniu z tytułu urlopu bezpłatnego i innych poinformuję Fundację CEL. Odpowiedzialność karna za podanie danych niezgodnych z prawdą jest mi znana.

Dane osobowe Wykonawcy są objęte ochroną prawną i będą wykorzystane tylko do rozliczeń podatku dochodowego od osób fizycznych oraz do celów ubezpieczeniowych. Zleceniodawca zapewnia ochronę prawną powyższych danych na podstawie ustawy z dnia 29.08.1997r. (Dz.U nr 133, poz 883).

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Fundację Centrum Europy Lokalnej dla potrzeb niezbędnych do prawidłowej realizacji projektu zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. Zm)

.....  
data

.....  
czytelny podpis

#### Oświadczenie

Zgodnie z art. 11 ust. 1-4 Ustawy z dnia 13.10.1995r. o zasadach ewidencji i identyfikacji podatników i płatników (Dz. U. z 2004r. Nr 269 poz. 2681 – zmiana Dz. U. z 2011r. Nr 171 poz. 1016) oświadczam, że moim identyfikatorem podatkowym jest: PESEL ..... lub NIP .....

Uwaga: Należy podać tylko jeden identyfikator, tj. pesel albo NIP, przy czym NIP podaje się wyłącznie w przypadku, gdy podatnik:

- prowadzi lub prowadził w danym roku podatkowym działalność gospodarczą bez względu na formę opodatkowania, w tym działalność zawieszoną,
- jest lub był w danym roku podatkowym zarejestrowanym podatnikiem od towarów i usług,
- jest lub był w danym roku podatkowym płatnikiem podatków, płatnikiem składek na ubezpieczenie społeczne, jak i zdrowotne.

Jednocześnie zobowiązuję się, że najpóźniej do 31 grudnia danego roku podatkowego zawiadomię mój obecny lub byłý zakład pracy lub zleceniodawcę o zmianie mojego identyfikatora podatkowego (np. z Pesel na Nip w przypadku rozpoczęcia działalności gospodarczej lub jeżeli podatnik zostanie zarejestrowanym podatnikiem VAT po dacie złożenia niniejszego oświadczenia). Oświadczam, że powyższe dane podałam/em zgodnie ze stanem faktycznym.

.....

data

.....

czytelny podpis

#### Upoważnienie

Upoważniam pracownika Fundacji Centrum Europy Lokalnej odpowiedzialnego za przygotowywanie dokumentów zgłoszeniowych ZUS do podpisania w moim imieniu dokumentu zgłoszenia i wyrejestrowania w ZUS związanego z umową nr .....

.....

data

.....

czytelny podpis

#### Upoważnienie

Upoważniam pracownika Fundacji Centrum Europy Lokalnej odpowiedzialnego za przygotowywanie PIT-11 do przesłania rozliczenia rocznego PIT-11 do umowy nr ..... na adres mailowy:

.....

.....

data

.....

czytelny podpis





Załącznik Nr 2 do umowy

## ANKIETA EWALUACYJNA SZKOLENIA

pn.: .....  
data wypełnienia ankiety: .....

**Proszę o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania (właściwe zaznaczyć – oceny w skali od 1 do 6, gdzie 1 oznacza nisko a 6 wysoko). Uzyskane informacje i Państwa opinie pozwolą na zaplanowanie i udoskonalenie następnych szkoleń.**

1. W jakim stopniu szkolenie spełnia Pana(i) oczekiwania? ..... 1 2 3 4 5 6

W przypadku zaznaczenia „1” wybór uzasadnić: .....  
.....

2. Czy jest Pan(i) zadowolony z uczestnictwa w szkoleniu? ..... 1 2 3 4 5 6

W przypadku zaznaczenia „1” wybór uzasadnić: .....  
.....

3. Na ile – w Pana(i) opinii – szkolenie wyczerpuje prezentowane zagadnienia? ..... 1 2 3 4 5 6

W przypadku zaznaczenia „1” wybór uzasadnić: .....  
.....

4. Czy przekazywana treść na szkoleniu jest dla Pana(i) jasna i zrozumiała? ..... TAK / NIE

Jeżeli NIE, proszę podać dlaczego: .....  
.....

5. Czy program szkolenia zawiera zagadnienia, które należy rozszerzyć? ..... TAK / NIE

Jeżeli TAK, proszę podać jakie: .....  
.....

6. Czy program szkolenia według Pana(i) zawiera zbędne zagadnienia? ..... TAK / NIE

Jeżeli TAK, proszę podać jakie: .....  
.....

7. Czy szkolenie zawiera wystarczającą ilość zajęć praktycznych? ..... TAK / NIE

Jeżeli NIE, proszę podać jakie: .....  
.....

8. Jak ocenia Pan(i) atmosferę szkolenia? ..... 1 2 3 4 5 6



W przypadku zaznaczenia „1” wybór uzasadnić: .....

9. Jak ocenia Pan(i) rozplanowanie czasowe szkolenia? ..... 1 2 3 4 5 6

W przypadku zaznaczenia „1” wybór uzasadnić: .....

10. Jak ocenia Pan(i) wykładowcę pod względem poziomu wiedzy? ..... 1 2 3 4 5 6

W przypadku zaznaczenia „1” wybór uzasadnić: .....

11. Jak ocenia Pan(i) sposób prowadzenia zajęć przez wykładowcę? ..... 1 2 3 4 5 6

W przypadku zaznaczenia „1” wybór uzasadnić: .....

12. Czy otrzymane materiały dydaktyczne są:

a) czytelne: ..... TAK / NIE

b) wyczerpujące w stosunku do treści szkolenia: ..... TAK / NIE

c) przydatne do użycia w dłuższym czasie po szkoleniu: ..... TAK / NIE

13. Na ile ocenia Pan(i):

a) warunki lokalowe szkolenia ..... 1 2 3 4 5 6

W przypadku zaznaczenia „1” wybór uzasadnić: .....

b) wyposażenie techniczne sali ..... 1 2 3 4 5 6

W przypadku zaznaczenia „1” wybór uzasadnić: .....

14. Czy wprowadziłby(aby) Pan(i) jakiegokolwiek zmiany w szkoleniu/programie? ..... TAK / NIE

Jeżeli TAK, proszę podać jakie: .....

15. W jaki stopniu uczestnictwo w szkoleniu ułatwi Panu(i) podjęcie zatrudnienia? ..... 1 2 3 4 5 6

W przypadku zaznaczenia „1” wybór uzasadnić: .....

*Dziękujemy za uzupełnienie ankiety*



**Załącznik Nr 3 do umowy**

**WZÓR**

.....  
(pieczętka placówki kształcenia ustawicznego,  
placówki kształcenia praktycznego lub ośrodka  
dokształcania i doskonalenia zawodowego)

**ZAŚWIADCZENIE  
o ukończeniu kursu**

Zaświadcza się, że Pan/i

.....  
(imię/imiona i nazwisko)

.....  
(data urodzenia)

.....  
(miejsce urodzenia)

.....  
(numer PESEL<sup>1)</sup>)

ukończył/a kurs.....  
(nazwa kursu)

..... w wymiarze ..... godzin

prowadzony przez.....

.....  
(nazwa i adres placówki kształcenia ustawicznego,  
placówki kształcenia praktycznego  
lub ośrodka dokształcania i doskonalenia zawodowego)

Zaświadczenie wydano na podstawie § 18 ust. 2 Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 2017 r. w sprawie kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1632).

.....  
(miejscowość, data)

Nr ...../20..... r.<sup>2)</sup>

.....  
(pieczętka i podpis dyrektora  
placówki kształcenia ustawicznego,  
placówki kształcenia praktycznego lub  
ośrodka dokształcania i doskonalenia zawodowego)

1) W przypadku osoby, która nie posiada numeru PESEL, należy wpisać nazwę i numer dokumentu potwierdzającego jej tożsamość.

2) Wpisać numer z ewidencji zaświadczeń prowadzonej przez placówkę kształcenia ustawicznego, placówkę kształcenia praktycznego lub ośrodek dokształcania i doskonalenia zawodowego.



Załącznik Nr 4 do umowy

## Dziennik zajęć

Nazwa szkolenia

Data rozpoczęcia szkolenia

Data zakończenia szkolenia

Miejsce szkolenia

.....  
Pieczęć wykonawcy



Projekt „Aktywna integracja w województwie świętokrzyskim” współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**TEMATY PRZEPROWADZONYCH ZAJĘĆ:**

| Data | Liczba           |          |              | Przedmiot/Temat | Imię i nazwisko trenera prowadzącego szkolenie | Podpis prowadzącego szkolenie |
|------|------------------|----------|--------------|-----------------|------------------------------------------------|-------------------------------|
|      | Godzin szkolenia | Obecnych | Nie obecnych |                 |                                                |                               |
|      |                  |          |              |                 |                                                |                               |
|      |                  |          |              |                 |                                                |                               |
|      |                  |          |              |                 |                                                |                               |

Projekt realizowany przez Asystent Unijny Adrian Kocyła w partnerstwie z Fundacją Centrum Europy Lokalnej i Powiatowym Urzędem Pracy w Kielcach w ramach RPO WŚ 2014-2020 na podstawie umowy z UMWS

Załącznik Nr 5 do umowy

....., dnia .....2017 r.

Pieczętka firmowa Wykonawcy

### PROGRAM SZKOLENIA

|                                                                                                                                                                                                                                              |        |                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------|
| Nazwa i zakres szkolenia:                                                                                                                                                                                                                    |        |                |
| Nazwa instytucji szkoleniowej                                                                                                                                                                                                                |        |                |
| Województwo                                                                                                                                                                                                                                  | Miasto | Kod pocztowy   |
| Ulica                                                                                                                                                                                                                                        |        | Numer telefonu |
| Numer faksu                                                                                                                                                                                                                                  |        | E - mail       |
| <b>Miejsce zajęć teoretycznych (adres):</b>                                                                                                                                                                                                  |        |                |
| <b>Miejsce zajęć praktycznych (adres):</b>                                                                                                                                                                                                   |        |                |
| Czas trwania szkolenia (nie mniej niż 25 godzin zegarowych w tygodniu) i sposób organizacji szkolenia                                                                                                                                        |        |                |
| <b>Liczba godzin</b>                                                                                                                                                                                                                         |        |                |
| a) W godzinach ogółem....., w tym:                                                                                                                                                                                                           |        |                |
| - zajęcia teoretyczne.....(w godzinach zegarowych),                                                                                                                                                                                          |        |                |
| - zajęcia praktyczne.....(w godzinach zegarowych);                                                                                                                                                                                           |        |                |
| b) W tygodniach:                                                                                                                                                                                                                             |        |                |
| 1 tydzień - ..... h                                                                                                                                                                                                                          |        |                |
| 2 tydzień - ..... h                                                                                                                                                                                                                          |        |                |
| c) W miesiącu kalendarzowym:                                                                                                                                                                                                                 |        |                |
| ..... - ..... h                                                                                                                                                                                                                              |        |                |
| ..... - ..... h                                                                                                                                                                                                                              |        |                |
| Całość szkolenia obejmować będzie ..... dni.                                                                                                                                                                                                 |        |                |
| <b>Godzina zegarowa kursu</b> liczy 60 minut i obejmuje zajęcia edukacyjne liczące 45 minut oraz przerwę, liczącą średnio 15 minut, gdyż długość przerw może być ustalana w sposób elastyczny. Dzień szkolenia nie może kończyć się przerwą! |        |                |
| <b>Liczba osób w grupie</b>                                                                                                                                                                                                                  |        |                |
| a) zajęcia teoretyczne .....                                                                                                                                                                                                                 |        |                |
| b) zajęcia praktyczne .....                                                                                                                                                                                                                  |        |                |
| Materiały dydaktyczne i sprzęt wykorzystywany podczas zajęć:                                                                                                                                                                                 |        |                |
| Materiały dydaktyczne, jakie uczestnicy otrzymują na własność, środki i sprzęt wykorzystywane podczas zajęć:                                                                                                                                 |        |                |
| Wykaz literatury:                                                                                                                                                                                                                            |        |                |

Celem szkolenia jest:

**Plan nauczania**

| Temat zajęć edukacyjnych/<br>Imię<br>i nazwisko wykładowcy | Treść<br>szkolenia<br>w ramach<br>poszczególnych<br>zajęć<br>edukacyjnych | Ilość godzin zajęć<br>teoretycznych | Ilość godzin zajęć<br>praktycznych<br>w jednostkach<br>gastronomicznych |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
|                                                            |                                                                           |                                     |                                                                         |

**Nabyte kwalifikacje/ rodzaj uprawnień/ typ dokumentu potwierdzającego ukończenia szkolenia:**

**Przewidziane sprawdziany i egzaminy (nazwa i data):**

Nadzór wewnętrzny służący podnoszeniu jakości szkolenia sprawować będzie Pan/Pani

.....

.....  
(podpis i pieczęć Wykonawcy  
lub jego upoważnionego  
przedstawiciela)



**Załącznik Nr 6 do umowy**

Adres Urzędu Skarbowego zgodnie z miejscem zamieszkania Zleceniobiorcy

Urząd Skarbowy w ..... Adres: .....

**Zleceniobiorca:**

Pan/Pani .....

Miejsce urodzenia: .....

Miejsce zamiesz.: .....

PESEL: .....

**Realizator:**

Fundacja Centrum Europy Lokalnej

ul. Krakowska 8/10 lok. 105, 25-029 Kielce

NIP: 959-189-71-78

**Rachunek nr ..... z dnia .....**

Za wykonanie prac wynikających z umowy numer..... z dnia .....

na kwotę ..... słownie: .....

| Obliczenie podatku   |              | Ubezpieczenie społeczne |     | Składki płacone przez: |               |
|----------------------|--------------|-------------------------|-----|------------------------|---------------|
|                      |              |                         |     | Zleceniobiorcę         | Zleceniodawcę |
| Kwota brutto:        | .....        |                         |     |                        |               |
| Koszty uzyskania:    | .....        | Składki emerytalne:     | tak | .....                  | .....         |
| Do opodatkowania:    | .....        | Składki rentowe:        | tak | .....                  | .....         |
| Podatek:             | .....        | Składki chorobowe:      | nie | .....                  | .....         |
| Zaliczka na podatek: | .....        | Składki zdrowotne:      | nie | .....                  | .....         |
| Ekwiwalent:          | .....        | Składki wypadkowe:      | tak | .....                  | .....         |
| Potrącenia:          | .....        | Fundusz Pracy:          | nie | .....                  | .....         |
| <b>Do wypłaty:</b>   | <b>.....</b> |                         |     |                        |               |
|                      |              |                         |     | Suma: .....            | .....         |

Kwotę do wypłaty proszę przekazać na rachunek bankowy :

.....

.....

(data i podpis Zleceniobiorcy)

Zatwierdzam wykonanie prac objętych  
niniejszym rachunkiem

Sprawdzono pod względem formalnym  
i rachunkowym

Zatwierdzam do wypłaty

.....