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 Rozeznania Rynku nr 10/2017/60

**NR …………./SZ/2017**

zawarta w dniu ………………………….. pomiędzy

Fundacją Centrum Europy Lokalnej, ul Ściegiennego 35B, 25-380 Kielce,

REGON: 260401252, NIP: 9591897178, KRS: 0000358259

reprezentowaną przez Agnieszkę Kmiecik– Prezesa 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 -…………………………………………

1. 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.
	* 1. Bieżącego, pisemnego informowania Realizatora o każdej nieobecności na szkoleniu uczestnika szkolenia.
		2. 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.
		3. Umożliwienia upoważnionym pracownikom Realizatora przeprowadzania kontroli realizacji przedmiotu umowy oraz przeprowadzenia ankiety ewaluacyjnej.
		4. 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
		5. Przeprowadzenie ankiety ewaluacyjnej po zakończeniu szkolenia i jej przekazania Zamawiającemu w terminie określonym w pkt. 13 (wg **Załącznika Nr 2** do umowy).
		6. **Niezwłocznego,** **po zakończeniu szkolenia**, przekazania Zamawiającemu oryginałów lub kopii potwierdzonych przez Wykonawcę za zgodność z oryginałem następujących dokumentów:
5. Wypełnionej przez uczestnika szkolenia ankiety ewaluacyjnej szkolenia;
6. Dzienniki zajęć i listy obecności na szkoleniu uczestnika szkolenia - **Załącznik Nr 4**;
7. Kopii zaświadczeń wydanych uczestnikowi szkolenia;
8. Dokumentu potwierdzającego wydanie uczestnikowi materiałów dydaktycznych;
	* 1. 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.).
		2. 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 201 6 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:
	1. koszt szkolenia w kwocie …………zł ( słownie: ……………………………)
	2. koszt egzaminu potwierdzającego kwalifikacje w kwocie …………zł ( słownie: ……………………………).
2. Należność wynikającą z pkt. 1 Realizator ureguluje 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 |  |
| przez |  |
| 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. | **Oświadczam, że jestem zatrudniony na podstawie**  | umowy o pracę / | umowy cywilno- prawnej | w: |
|  |
| 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. |
| 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 póź. 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 były 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 oświadczenie). 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:

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

W przypadku zaznaczenia „1” wybór uzasadnić:

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

W przypadku zaznaczenia „1” wybór uzasadnić:

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

Jeżeli NIE, proszę podać dlaczego:

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

Jeżeli TAK, proszę podać jakie:

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

Jeżeli TAK, proszę podać jakie:

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

Jeżeli NIE, proszę podać jakie:

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

W przypadku zaznaczenia „1” wybór uzasadnić:

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

W przypadku zaznaczenia „1” wybór uzasadnić:

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

 W przypadku zaznaczenia „1” wybór uzasadnić:

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

W przypadku zaznaczenia „1” wybór uzasadnić:

1. Czy otrzymane materiały dydaktyczne są:
	1. czytelne: TAK / NIE
	2. wyczerpujące w stosunku do treści szkolenia: TAK / NIE
	3. przydatne do użycia w dłuższym czasie po szkoleniu: TAK / NIE
2. Na ile ocenia Pan(i):
	* 1. warunki lokalowe szkolenia 1 2 3 4 5 6

W przypadku zaznaczenia „1” wybór uzasadnić:

* + 1. wyposażenie techniczne sali 1 2 3 4 5 6

W przypadku zaznaczenia „1” wybór uzasadnić:

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

Jeżeli TAK, proszę podać jakie:

1. 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*

................................................................

(pieczątka 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 PESEL1))

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.2)

 ...................................................................................

 (pieczątka 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

**LISTA OBECNOŚCI**

Nazwa instytucji szkoleniowej:…………………………………………………………………………………

Nazwa kursu: **.............................................................................**

Miesiąc: **…………………..**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **godz. szkolenia (od – do)** | **ilość godzin lekcyjnych** | **Nazwisko i imię** | **Podpis kierownika kursu lub osoby prowadzącej** |
|  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 **C** – Nieobecność uczestnika szkolenia spowodowana chorobą (potwierdzona zwolnieniem na druku ZLA)

 **N** – Pozostała nieobecność uczestnika szkolenia

**TEMATY PRZEPROWADZONYCH ZAJĘĆ:**

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

**Załącznik Nr 5 do umowy**

**…………………,** dnia ………….2017 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pieczątka firmowa Wykonawcy

**PROGRAM SZKOLENIA**

|  |
| --- |
| Nazwa i zakres szkolenia: |
| Nazwa instytucji szkoleniowej |
| Województwo | Miasto | Kod pocztowy |
| Ulica | Numer telefonu |
| Numer faksu | E - mail |
| **Miejsce zajęć teoretycznych (adres):****Miejsce zajęć praktycznych (adres):** |
| Czas trwania szkolenia (nie mniej niż 25 godzin zegarowych w tygodniu) i sposób organizacji szkolenia**Liczba godzin**1. W godzinach ogółem…………………, w tym:

- zajęcia teoretyczne………………(w godzinach zegarowych),- zajęcia praktyczne……………….(w godzinach zegarowych);1. W tygodniach:

1 tydzień - ……….. h2 tydzień - ……….. h1. W miesiącu kalendarzowym:

………. - ………. h………. - ………. hCałość szkolenia obejmować będzie ……………………………….. dni.**Godzina zegarowa kursu** *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!***Liczba osób w grupie**1. zajęcia teoretyczne ……………………………………..
2. 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/ Imię i nazwisko wykładowcy | Treść szkolenia w ramach poszczególnych zajęć edukacyjnych | Ilość godzin zajęć teoretycznych | Ilość godzin zajęć praktycznychw jednostkach 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:** **Realizator:**

Pan/Pani ……………………………………………. Fundacja Centrum Europy Lokalnej

Miejsce urodzenia: …………………………….. ul. Krakowska 8/10 lok. 105, 25-029 Kielce

Miejsce zamieszk.: ……………………………… NIP: 959-189-71-78

PESEL: ………………………………………………..

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

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

na kwotę …………… słownie: ………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Obliczenie podatku** |  | **Ubezpieczenie społeczne** |  | Składki płacone przez: |
| Kwota brutto: | ……………… |  |  |  | Zleceniobiorcę | Zleceniodawcę |
| 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 | ……………………. | ……………………… |
| **Do wypłaty:** | **………………** |  |  |  |  |   |   |
|  |  |  |  | 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |