



.....
Imię i nazwisko/nazwa Podmiotu

POTWIERDZENIE WYMAGANEGO PRIORYTETU

- 1) **Priorytet 1 Poprawa zarządzania i komunikacji w firmie w oparciu o zasady przeciwdziałania dyskryminacji i mobbingowi, rozwoju dialogu społecznego, partycypacji pracowniczej i wspierania integracji w miejscu pracy.**

Wnioskowana forma kształcenia ustawicznego powinna zawierać tematykę, w ramach której pracodawcy i pracownicy zostaną wyposażeni w wiedzę i umiejętności m.in.:

- a) do rozpoznawania, rozumienia i przeciwdziałania mobbingowi w miejscu pracy, co zwiększy ich uważność na sposób komunikacji i budowania relacji w ich zespołach,
- b) dotyczące różnych formy mobbingu, jak zrozumieć jego wpływ na zespół oraz jak skutecznie reagować i zapobiegać sytuacjom o charakterze mobbingu w przyszłości,
- c) rozpoznawania/uważności (szczególnie menedżerowie/pracodawcy) na zachowania i relacje w zespołach,
- d) do promowania bezpiecznego i wspierającego środowiska pracy,
- e) na temat skutków społecznych i prawnych mobbingu lub dyskryminacji,
- f) dotyczące wdrażania procedur przeciwdziałania i reagowania na przypadki nieprawidłowości.

W związku z powyższym oświadczam, że osoba/y wskazana/e do kształcenia w ramach powyższego priorytetu ukończy/ą kształcenie zawierające tematykę w zakresie poprawy zarządzania i komunikacji w firmie w oparciu o przeciwdziałania dyskryminacji i mobbingowi, rozwoju dialogu społecznego, partycypacji pracowniczej i wspierania integracji w miejscu pracy.
TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY*

- 2) **Priorytet 2 Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji w zawodach określonych jako deficytowe na danym terenie, tj. w powiecie lub w województwie.**

Oświadczam, że osoba/osoby wskazana/wskazane do kształcenia w ramach powyższego priorytetu będzie/będą odbywać kształcenie w zawodzie/zawodach deficytowym / deficytowych (należy wymienić nazwę i kod zawodu deficytowego):

.....
.....

zgodnie z Barometrem Zawodów 2026 dla powiatu dębickiego **TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY***

- 3) **Priorytet 3 Wsparcie kształcenia ustawicznego w związku z zastosowaniem w firmach nowych procesów, technologii i narzędzi pracy, ze szczególnym uwzględnieniem umiejętności cyfrowych, AI oraz tzw. umiejętności zielonych, zwłaszcza gdy powyższe czynniki stanowią zagrożenie utratą pracy.**

Oświadczam, że osoba/osoby wskazana/wskazane do kształcenia w ramach powyższego priorytetu będzie/będą wykonywać nowe zadania związane z wprowadzonymi/planowanymi do wprowadzenia zmianami, zwłaszcza związanymi z wykorzystaniem kompetencji cyfrowych, AI czy zastosowaniem umiejętności zielonych **TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY***

Jeśli wskazano TAK, to należy zaznaczyć „X” właściwe pole:

Oświadczam, że w ciągu jednego roku przed złożeniem wniosku zakupiłem/am nowe narzędzia pracy lub wdrożyłem nowe procesy/technologie **TAK/NIE***
(w przypadku zaznaczenia TAK należy załączyć do wniosku dokument księgowy lub inny dokument potwierdzający zakup nowych narzędzi pracy, procesów lub technologii ze szczególnym uwzględnieniem umiejętności cyfrowych, AI oraz tzw. umiejętności zielonych, wraz z opisem ich zastosowania).

Oświadczam, że planuję zakup nowych narzędzi pracy, procesów lub technologii ze szczególnym uwzględnieniem umiejętności cyfrowych, AI oraz tzw. umiejętności zielonych, w ciągu **trzech miesięcy od dnia złożenia niniejszego wniosku TAK/NIE***

Jednocześnie zobowiązuję się do:

- przedłożenia dokumentu księgowego lub innego dokumentu potwierdzającego powyższy zakup (termin zakupu powinien nie być dłuższy niż trzy miesiące od daty złożenia wniosku) tj. do dnia

- nazwa planowanego zakupu nowych narzędzi pracy, procesów lub technologii ze szczególnym uwzględnieniem umiejętności cyfrowych, AI oraz tzw. umiejętności zielonych to:

.....
oraz wskazuję opis zastosowania planowanych do zakupu nowych narzędzi *pracy, procesów lub technologii ze szczególnym uwzględnieniem umiejętności cyfrowych, AI oraz tzw. umiejętności zielonych*

.....
.....

4) **Priorytet 4 Wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji niezbędnych w sektorze usług zdrowotnych i opiekuńczych oraz wsparcie rozwoju umiejętności i kwalifikacji członków lub pracowników spółdzielni socjalnych oraz pracowników zatrudnionych w przedsiębiorstwach społecznych wskazanych na liście/rejestrze przedsiębiorstw społecznych prowadzonym przez MRPiPS.**

Oświadczam, że osoba/osoby wskazana/wskazane do kształcenia ustawicznego w ramach powyższego priorytetu:

a) nabędzie/nabędą określone umiejętności w zakresie usług zdrowotnych i opiekuńczych **TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY***

Dostępność do priorytetu ma każdy Podmiot posiadający przeważające PKD z Sekcji R, tj.:

PKD 86 – Opieka zdrowotna

PKD 87 – Pomoc społeczna z zakwaterowaniem

PKD 88 – Pomoc społeczna bez zakwaterowania

Jestem podmiotem posiadającym PKD(należy podać kod PKD);

b) jest/są członkiem/członkami lub pracownikiem/pracownikami spółdzielni socjalnej lub pracownikiem/pracownikami zatrudnionym/zatrudnionymi w przedsiębiorstwie społecznym wskazanym na liście/rejestrze przedsiębiorstw społecznych prowadzonych przez MRPiPS pod adresem https://rjps.mrpips.gov.pl/RJPS/RU/start.do?id_menu=59

TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY*

5) **Priorytet 1 Wsparcie kształcenia ustawicznego osób do 30 roku życia.**
Oświadczam, że osoba/osoby wskazana/wskazane do kształcenia w ramach powyższego priorytetu na dzień złożenia wniosku nie mają ukończonego 30 roku życia **TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY***

6) **Priorytet 2 Wsparcie kształcenia ustawicznego osób zatrudnionych u pracodawców, którzy w latach 2023-2025 nie korzystali ze środków KFS.**
Oświadczam, że osoba/osoby wskazana/wskazane do kształcenia ustawicznego w ramach powyższego priorytetu nie korzystała/y ze środków KFS w okresie od 1 stycznia 2023 roku do 31 grudnia 2025 roku **TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY***

7) Priorytet 3 **Wsparcie kształcenia ustawicznego z zakresu obronności Państwa, w tym ochrony ludności i obrony cywilnej.**

Oświadczam, że wykonywany zawód lub zakres obowiązków na stanowisku osoby/osób wskazanej/wskazanych do kształcenia ustawicznego jest ściśle powiązany z powyższym priorytetem **TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY***

*niepotrzebne skreślić

.....
Miejscowość, data

.....
(Podpis osoby uprawnionej)