***Załącznik Nr 9***

***do Wniosku o sfinansowanie/ dofinansowanie***

***kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców z KFS***

**ZAKRES EGZAMINU**

1. Nazwa instytucji przeprowadzającej egzamin: ………………………………....……………………………………….............................…………………………………………………...............
2. Adres:………………………………………..........................................................................................................................
3. Nr telefonu: ……………………………………………………………………………………………………………............
4. Nr fax: …………………………………………………………………………………………………………………….............
5. Adres e-mail: …………………………………………………………………………..............................................
6. Nazwa egzaminu ………………………………………………….............................………………….............................................
7. Miejsce przeprowadzenia egzaminu ..................................................................................................................
8. Charakterystyka osób przystępujących do egzaminu w tym wymagania wstępne dotyczące badań lekarskich i psychologicznych wymaganych odrębnymi przepisami do pojęcia kształcenia ..............................................................................................................................................................................

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

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

1. Rodzaj dokumentu, jaki otrzyma osoba po pozytywnym zdaniu egzaminu [[1]](#footnote-1)......................................................

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

1. Planowany termin egzaminu: ……………………………………………………........................................

(dzień-miesiąc-rok)

1. Koszt egzaminu na 1 uczestnika netto: …………………….zł (słownie: ………………....... złotych)
2. Terminy płatności: kwota .........................zł płatna do ………….............................................

(dzień-miesiąc-rok)

kwota .........................zł płatna do …………..............................................

(dzień-miesiąc-rok)

**.....................................................................................**

*(podpis pracodawcy lub osoby upoważnionej*

*do reprezentowania pracodawcy)*

1. Należy dołączyć wzór dokumentu potwierdzającego zdanie z wynikiem pozytywnym egzaminu, o ile nie wynika on   
   z przepisów powszechnie obowiązujących [↑](#footnote-ref-1)