***Załącznik Nr 4***

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

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

**ZAKRES EGZAMINU**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | Nazwa instytucji przeprowadzającej egzamin |  |
| **2.** | Adres |  |
| **3.** | Numer telefonu |  |
| **4.** | Adres e-mail |  |
| **5.** | NIP |  |
| **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 ustawicznego  |
|  |
| **9.** | Rodzaj dokumentu jaki otrzyma osoba po pozytywnym zdaniu egzaminu1  |  |
| **10.** | Planowany termin egzaminu |  |
| **11.** | Koszt egzaminu na jednego uczestnika netto |  kwota (w zł):(słownie: …….....………………………………………………..……. złotych) |
| **12.** | Termin płatności: | kwota | kwota (w zł):(słownie: ………………....………………………………………..……. złotych) |
| płatna do |  |
| ……………………….…………………………………. ………………………………….……………………………………………… (miejscowość i data) *(podpis i pieczątka pracodawcy lub osoby umocowanej do reprezentowania pracodawcy)* |