|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj działania** | **L.p.** | **Nazwa działania** | **Nazwa realizatora usługi** | **Przewidywany okres realizacji (od – do)** | **Imiona i nazwiska osób planowanych do objęcia wsparciem w ramach danego działania** | **Koszt na 1 osobę** | **Całkowita wysokość wydatków brutto (z VAT jeżeli dotyczy)** | **Kwota podlegająca odliczeniu lub zwrotowi podatku od towarów i usług (VAT)** | **Kwota wkładu własnego pracodawcy** | **Kwota zaplanowana do wydatkowania ze środków KFS (nie zawierająca podatku VAT)** |
| **Kursy** | **1.** |  |  |  | **1.****2.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Studia podyplomowe** | **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Egzaminy** | **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Badania lekarskie /psychologiczne** | **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Ubezpieczenie NNW** | **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **Razem** |  |  |  |  |

 **………………………………………………**

 (pieczęć i czytelny podpis pracodawcy)