

**Wykaz osób, które mają zostać objęte działaniami finansowymi
z udziałem środków z Krajowego Funduszu Szkoleniowego**

Lp.	Imię i nazwisko:	Płeć:	Poziom wykształcenia:	Osoba wykonuje pracę w szczególnych warunkach TAK/NIE*	Osoba wykonuje pracę o szczególnym charakterze TAK/NIE*
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					

*** *niepotrzebne skreślić***

.....
(data, podpis i pieczęć
Pracodawcy lub osoby uprawnionej
do reprezentowania Pracodawcy)