Załącznik nr 2

do Umowy nr……………………

z dnia…………………………….

**SPRAWOZDANIE CZĘŚCIOWE [[1]](#footnote-1)\* / KOŃCOWE \***

**z realizacji działań aktywizacyjnych w ramach modułu I „Instytucje” programu „STABILNE ZATRUDNIENIE – osoby niepełnosprawne w administracji i służbie publicznej”**

Sprawozdanie dotyczy działań aktywizacyjnych zrealizowanych i kosztów poniesionych w okresie: od dnia..................... do dnia.....................**[[2]](#footnote-2)**

Sprawozdanie należy wypełnić komputerowo.

Należy wypełnić poszczególne punkty sprawozdania lub wpisać „nie dotyczy”.

Każda strona sprawozdania musi być ponumerowana i parafowana przez Wnioskodawcę.

Sprawozdanie składa się osobiście lub przesyła przesyłką poleconą na adres PFRON w terminie określonym w umowie o dofinansowanie działań aktywizacyjnych (w przypadku sprawozdań składanych drogą pocztową, decyduje data stempla pocztowego).

Wnioskodawca zobowiązany jest do załączenia sprawozdania w formie papierowej oraz w wersji elektronicznej.

|  |
| --- |
| **Część A sprawozdania: Dane i informacje o Wnioskodawcy** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pełna nazwa i adres Wnioskodawcy | | | |
|  |  |  |  |
| Miejscowość | Kod pocztowy | Ulica | Nr posesji |
|  |  |  |  |
| Gmina | Powiat | Województwo | Nr telefonu |
| Nr i data umowy zawartej z PFRON: | | | |

|  |
| --- |
| **Część B sprawozdania: Opis wykonania działań aktywizacyjnych** |

**Uwaga!** w sprawozdaniu końcowym informacje należy podać narastająco.

*Konieczne jest odniesienie się do wszystkich zaplanowanych działań, wskazanie zakresu w jakim zostały one zrealizowane i wyjaśnienie ewentualnych odstępstw w ich realizacji, zarówno w odniesieniu do zakresu jak i harmonogramu.*

**Tabela nr 1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Wyposażenie stanowisk pracy dla beneficjentów ostatecznych, odpowiednio do potrzeb wynikających z niepełnosprawności oraz charakteru zatrudnienia | |
| A. | Opis wykonania działania aktywizacyjnego: | |
| B. | Termin realizacji działania aktywizacyjnego *(od dnia do dnia – dzień/miesiąc/rok)*: | |
| *Jeżeli umowa obejmuje wyposażenie kilku stanowisk pracy, pkt C należy wypełnić dla każdego stanowiska oddzielnie.* | | |
| C.1. | Informacja dotycząca wyposażonego stanowiska pracy. | |
| C.1.1. | Nazwa i adres zakładu pracy: |  |
| C.1.2. | Nazwa stanowiska pracy: |  |
| C.1.3. | Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy *(nazwa, ilość szt.)*: |  |
| C.1.4. | Imię i nazwisko beneficjenta ostatecznego: |  |
| C.1.5. | PESEL beneficjenta ostatecznego: |  |
| C.1.6. | Stopień niepełnosprawności beneficjenta ostatecznego: |  |
| C.1.7. | Rodzaj niepełnosprawności beneficjenta ostatecznego: |  |
| C.1.8. | Data zatrudnienia beneficjenta ostatecznego *(dzień, miesiąc, rok)*: |  |
| C.1.9. | Wymiar czasu pracy beneficjenta ostatecznego (w etatach): |  |
| C.2. | Informacja dotycząca wyposażonego stanowiska pracy. [[3]](#footnote-3) | |
| C.2.1. | Nazwa i adres zakładu pracy: |  |
| C.2.2. | Nazwa stanowiska pracy: |  |
| C.2.3. | Wyszczególnienie wyposażenia stanowiska pracy *(nazwa, ilość szt.)*: |  |
| C.2.4. | Imię i nazwisko beneficjenta ostatecznego: |  |
| C.2.5. | PESEL beneficjenta ostatecznego: |  |
| C.2.6. | Stopień niepełnosprawności beneficjenta ostatecznego: |  |
| C.2.7. | Rodzaj niepełnosprawności beneficjenta ostatecznego: |  |
| C.2.8. | Data zatrudnienia beneficjenta ostatecznego *(dzień, miesiąc, rok)*: |  |
| C.2.9. | Wymiar czasu pracy beneficjenta ostatecznego (w etatach): |  |

**Tabela nr 2**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2. | Adaptacja pomieszczeń i otoczenia zakładu pracy do potrzeb osób niepełnosprawnych | |
| A. | Opis wykonania działania aktywizacyjnego: | |
| B. | Termin realizacji działania aktywizacyjnego *(od dnia do dnia – dzień/miesiąc/rok)*: | |
| *Jeżeli umowa obejmuje adaptację pomieszczeń i otoczenia kilku zakładów pracy, pkt C należy wypełnić dla każdego zakładu oddzielnie.* | | |
| C.1. | Informacja dotycząca adaptacji pomieszczeń i otoczenia zakładu pracy. | |
| C.1.1. | Nazwa i adres zakładu pracy: |  |
| C.1.2. | Wyszczególnienie przeprowadzonych prac adaptacyjnych pomieszczeń zakładu pracy: |  |
| C.1.3. | Wyszczególnienie przeprowadzonych prac adaptacyjnych otoczenia zakładu pracy: |  |
| C.2. | Informacja dotycząca adaptacji pomieszczeń i otoczenia zakładu pracy. [[4]](#footnote-4) | |
| C.2.1. | Nazwa i adres zakładu pracy: |  |
| C.2.2. | Wyszczególnienie przeprowadzonych prac adaptacyjnych pomieszczeń zakładu pracy: |  |
| C.2.3. | Wyszczególnienie przeprowadzonych prac adaptacyjnych otoczenia zakładu pracy: |  |

**Tabela nr 3**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3. | Adaptacja lub nabycie urządzeń ułatwiających beneficjentom ostatecznym wykonywanie pracy lub funkcjonowanie w zakładzie pracy | |
| A. | Opis wykonania działania aktywizacyjnego: | |
| B. | Termin realizacji działania aktywizacyjnego *(od dnia do dnia – dzień/miesiąc/rok)*: | |
| *Jeżeli umowa obejmuje adaptację lub nabycie różnego rodzaju urządzeń (różnego rodzaju zestawu urządzeń), pkt C należy wypełnić dla każdego urządzenia (zestawu urządzeń) oddzielnie.* | | |
| C.1. | Informacja dotycząca adaptacji/nabycia urządzeń ułatwiających wykonywanie pracy lub funkcjonowanie w zakładzie pracy.  *Uwaga! Jeżeli adaptacja/nabycie tego samego urządzenia (zestawu urządzeń) dotyczy kilku beneficjentów: C.1.4., C.1.5., należy skopiować (dodać) i wypełnić dla każdego beneficjenta oddzielnie.* | |
| C.1.1. | Nazwa i adres zakładu pracy: |  |
| C.1.2. | Wyszczególnienie urządzeń, w przypadku których przeprowadzona została adaptacja *(nazwa, ilość szt.)*: |  |
| C.1.3. | Wyszczególnienie nabytych urządzeń *(nazwa, ilość szt.)*: |  |
| C.1.4. | Imię i nazwisko beneficjenta ostatecznego: |  |
| C.1.5. | PESEL beneficjenta ostatecznego: |  |
| C.2. | Informacja dotycząca adaptacji/nabycia urządzeń ułatwiających wykonywanie pracy lub funkcjonowanie w zakładzie pracy. [[5]](#footnote-5)  *Uwaga! Jeżeli adaptacja/nabycie tego samego urządzenia (zestawu urządzeń) dotyczy kilku beneficjentów: C.2.4., C.2.5., należy skopiować (dodać) i wypełnić dla każdego beneficjenta oddzielnie.* | |
| C.2.1. | Nazwa i adres zakładu pracy: |  |
| C.2.2. | Wyszczególnienie urządzeń, w przypadku których przeprowadzona została adaptacja *(nazwa, ilość szt.)*: |  |
| C.2.3. | Wyszczególnienie nabytych urządzeń *(nazwa, ilość szt.)*: |  |
| C.2.4. | Imię i nazwisko beneficjenta ostatecznego: |  |
| C.2.5. | PESEL beneficjenta ostatecznego: |  |

**Tabela nr 4**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4. | Zakup i autoryzacja oprogramowania na użytek beneficjentów ostatecznych oraz urządzeń technologii wspomagających lub przystosowanych do potrzeb wynikających z ich niepełnosprawności | |
| A. | Opis wykonania działania aktywizacyjnego: | |
| B. | Termin realizacji działania aktywizacyjnego *(od dnia do dnia – dzień/miesiąc/rok)*: | |
| *Jeżeli umowa obejmuje zakup różnego rodzaju oprogramowania lub różnego rodzaju urządzeń (różnego rodzaju zestawu urządzeń), pkt C należy wypełnić dla każdego oprogramowania / urządzenia (zestawu urządzeń) oddzielnie.* | | |
| C.1. | Informacja dotycząca nabycia oprogramowania/urządzeń wspomagających lub przystosowanych do potrzeb wynikających z niepełnosprawności.  *Uwaga! Jeżeli zakup tego samego oprogramowania/tego samego urządzenia (zestawu urządzeń) dotyczy kilku beneficjentów: C.1.4., C.1.5., należy skopiować (dodać) i wypełnić dla każdego beneficjenta oddzielnie.* | |
| C.1.1. | Nazwa i adres zakładu pracy: |  |
| C.1.2. | Nazwa nabytego oprogramowania (szt.): |  |
| C.1.3. | Wyszczególnienie nabytych urządzeń *(nazwa, ilość szt.)*: |  |
| C.1.4. | Imię i nazwisko beneficjenta ostatecznego: |  |
| C.1.5. | PESEL beneficjenta ostatecznego: |  |
| C.2. | Informacja dotycząca nabycia oprogramowania/urządzeń wspomagających lub przystosowanych do potrzeb wynikających z niepełnosprawności. [[6]](#footnote-6)  *Uwaga! Jeżeli zakup tego samego oprogramowania/ tego samego urządzenia (zestawu urządzeń) dotyczy kilku beneficjentów: C.2.4., C.2.5., należy skopiować (dodać) i wypełnić dla każdego beneficjenta oddzielnie.* | |
| C.2.1. | Nazwa i adres zakładu pracy: |  |
| C.2.2. | Nazwa nabytego oprogramowania: |  |
| C.2.3. | Wyszczególnienie nabytych urządzeń *(nazwa, ilość szt.)*: |  |
| C.2.4. | Imię i nazwisko beneficjenta ostatecznego: |  |
| C.2.5. | PESEL beneficjenta ostatecznego: |  |

**Tabela nr 5**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 5. | Szkolenia beneficjentów ostatecznych zatrudnionych w ramach programu | |
| A. | Opis wykonania działania aktywizacyjnego: | |
| B. | Termin realizacji działania aktywizacyjnego *(od dnia do dnia – dzień/miesiąc/rok)*: | |
| *Jeżeli umowa obejmuję organizację kilku szkoleń, pkt C należy wypełnić dla każdego szkolenia oddzielnie.* | | |
| C.1. | Informacja dotycząca szkolenia, w którym uczestniczył beneficjent ostateczny.  *Uwaga! Jeżeli w tym samym szkoleniu uczestniczy kilku beneficjentów: C.1.6., C.1.7., należy skopiować (dodać) i wypełnić dla każdego beneficjenta oddzielnie.* | |
| C.1.1. | Nazwa i adres zakładu pracy, w którym zatrudniony jest beneficjent/beneficjenci: |  |
| C.1.2. | Nazwa szkolenia: |  |
| C.1.3. | Termin szkolenia *(dzień/miesiąc/rok)*: |  |
| C.1.4. | Organizator szkolenia *(w przypadku firmy szkoleniowej: nazwa, adres)*: |  |
| C.1.5. | Opis kompetencji / umiejętności zawodowych nabytych w wyniku szkolenia: |  |
| C.1.6. | Imię i nazwisko beneficjenta ostatecznego: |  |
| C.1.7. | PESEL beneficjenta ostatecznego: |  |
| C.2. | Informacja dotycząca szkolenia, w którym uczestniczył beneficjent ostateczny. [[7]](#footnote-7)  *Uwaga! Jeżeli w tym samym szkoleniu uczestniczy kilku beneficjentów: C.2.6., C.2.7., należy skopiować (dodać) i wypełnić dla każdego beneficjenta oddzielnie.* | |
| C.2.1. | Nazwa i adres zakładu pracy, w którym zatrudniony jest beneficjent/beneficjenci: |  |
| C.2.2. | Nazwa szkolenia: |  |
| C.2.3. | Termin szkolenia *(dzień/miesiąc/rok)*: |  |
| C.2.4. | Organizator szkolenia *(w przypadku firmy szkoleniowej: nazwa, adres)*: |  |
| C.2.5. | Opis kompetencji / umiejętności zawodowych nabytych w wyniku szkolenia: |  |
| C.2.6. | Imię i nazwisko beneficjenta ostatecznego: |  |
| C.2.7. | PESEL beneficjenta ostatecznego: |  |

**Tabela nr 6**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 6. | Szkolenia pracowników Wnioskodawcy w zakresie umiejętności współpracy z beneficjentami ostatecznymi, w tym szkolenia pracowników pomagających beneficjentom ostatecznym w pracy | |
| A. | Opis wykonania działania aktywizacyjnego: | |
| B. | Termin realizacji działania aktywizacyjnego *(od dnia do dnia – dzień/miesiąc/rok)*: | |
| *Jeżeli różni pracownicy uczestniczą w różnych szkoleniach, pkt C należy wypełnić dla każdego szkolenia oddzielnie.* | | |
| C.1. | Informacja dotycząca szkolenia, w którym uczestniczył pracownik Wnioskodawcy.  *Jeżeli w tym samym szkoleniu uczestniczy kilku pracowników: C.1.6., C.1.7. należy skopiować (dodać) i wypełnić dla każdego pracownika oddzielnie.* | |
| C.1.1. | Nazwa i adres zakładu pracy, w którym zatrudniony jest pracownik/pracownicy: |  |
| C.1.2. | Nazwa szkolenia: |  |
| C.1.3. | Termin szkolenia *(dzień/miesiąc/rok)*: |  |
| C.1.4. | Organizator szkolenia *(w przypadku firmy szkoleniowej: nazwa, adres)*: |  |
| C.1.5. | Opis umiejętności nabytych w wyniku szkolenia: |  |
| C.1.6. | Imię i nazwisko pracownika: |  |
| C.1.7. | PESEL pracownika: |  |
| C.2. | Informacja dotycząca szkolenia, w którym uczestniczył pracownik Wnioskodawcy. [[8]](#footnote-8)  *Jeżeli w tym samym szkoleniu uczestniczy kilku pracowników: C.2.6., C.2.7. należy skopiować (dodać) i wypełnić dla każdego pracownika oddzielnie.* | |
| C.2.1. | Nazwa i adres zakładu pracy, w którym zatrudniony jest pracownik/pracownicy: |  |
| C.2.2. | Nazwa szkolenia: |  |
| C.2.3. | Termin szkolenia *(dzień/miesiąc/rok)*: |  |
| C.2.4. | Organizator szkolenia *(w przypadku firmy szkoleniowej: nazwa, adres)*: |  |
| C.2.5. | Opis umiejętności nabytych w wyniku szkolenia: |  |
| C.2.6. | Imię i nazwisko pracownika: |  |
| C.2.7. | PESEL pracownika: |  |

**Tabela nr 7**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 7. | Organizacja przez Wnioskodawcę (pracodawcę) dowozu beneficjentów ostatecznych z miejsca zamieszkania do zakładu pracy i powrotu | |
| A. | Opis wykonania działania aktywizacyjnego: | |
| B. | Termin realizacji działania aktywizacyjnego *(od dnia do dnia – dzień/miesiąc/rok)*: | |
| C. | Informacja dotycząca beneficjenta ostatecznego, na rzecz którego organizowany jest dowóz.  *Jeżeli dowóz organizowany jest dla kilku beneficjentów: C.3., C.4., należy skopiować (dodać) i wypełnić dla każdego beneficjenta oddzielnie.* | |
| C.1. | Nazwa i adres zakładu pracy: |  |
| C.2. | Organizator dowozu: |  |
| C.3. | Imię i nazwisko beneficjenta ostatecznego: |  |
| C.4. | PESEL beneficjenta ostatecznego: |  |

**Tabela nr 8**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 8. | Wypłata przez Wnioskodawcę (pracodawcę) dodatku motywacyjnego dla beneficjentów ostatecznych | |
| A. | Opis wykonania działania aktywizacyjnego: | |
| B. | Termin realizacji działania aktywizacyjnego *(od dnia do dnia – dzień/miesiąc/rok)*: | |
| *Jeżeli dodatek wypłacany jest na rzecz kilku beneficjentów pkt C, należy wypełnić dla każdego beneficjenta oddzielnie.* | | |
| C.1. | Informacja dotycząca beneficjenta ostatecznego na rzecz którego następuje wypłata dodatku. | |
| C.1.1. | Nazwa i adres zakładu pracy: |  |
| C.1.2. | Imię i nazwisko beneficjenta ostatecznego: |  |
| C.1.3. | PESEL beneficjenta ostatecznego: |  |
| C.1.4. | Krótkie uzasadnienie konieczności wypłaty dodatku: |  |
| C.1.5. | Kwota dodatku w zł (miesięcznie): |  |
| C.1.6. | Krótkie uzasadnienie, jeżeli kwota wypłacana miesięcznie przewyższa 400 zł: |  |
| C.1.7. | Okres na jaki został przyznany dodatek (od miesiąc/rok do miesiąc/rok): |  |
| C.1.8. | Data zatrudnienia beneficjenta ostatecznego: (dzień, miesiąc, rok) |  |
| C.1.9. | Data pierwszej wypłaty dodatku: |  |
| C.1.10. | Data ostatniej (końcowej) wypłaty dodatku: |  |
| C.2. | Informacja dotycząca beneficjenta ostatecznego na rzecz którego następuje wypłata dodatku. [[9]](#footnote-9) | |
| C.2.1. | Nazwa i adres zakładu pracy: |  |
| C.2.2. | Imię i nazwisko beneficjenta ostatecznego: |  |
| C.2.3. | PESEL beneficjenta ostatecznego: |  |
| C.2.4. | Krótkie uzasadnienie konieczności wypłaty dodatku: |  |
| C.2.5. | Kwota dodatku w zł (miesięcznie): |  |
| C.2.6. | Krótkie uzasadnienie, jeżeli kwota wypłacana miesięcznie przewyższa 400 zł: |  |
| C.2.7. | Okres na jaki został przyznany dodatek (od miesiąc/rok do miesiąc/rok): |  |
| C.2.8. | Data zatrudnienia beneficjenta ostatecznego: (dzień, miesiąc, rok) |  |
| C.2.9. | Data pierwszej wypłaty dodatku: |  |
| C.2.10. | Data ostatniej (końcowej) wypłaty dodatku: |  |

|  |
| --- |
| **Część C sprawozdania: Sprawozdanie finansowe** |

**Uwaga!** w sprawozdaniu końcowym informacje należy podać narastająco.

**1. Informacje ogólne**

|  |  |
| --- | --- |
| **A.** | Koszt realizacji działań aktywizacyjnych w obszarze kosztów kwalifikowalnych w programie „STABILNE ZATRUDNIENIE”:  zł (słownie złotych: ) |
| **B.** | Kwota przekazana przez PFRON: *(o ile dotyczy)*  zł (słownie złotych: ) |
| C. | *Kwota środków PFRON faktycznie wykorzystana na realizację działań aktywizacyjnych \* / Koszt działań aktywizacyjnych poniesionych przez Wnioskodawcę, podlegający zwrotowi ze środków PFRON\**: *(\*niepotrzebne skreślić)*  zł (słownie złotych: ) w tym: |
| koszty bieżące: zł (słownie złotych: ) |
| koszty inwestycyjne: zł (słownie złotych: ) |
| **D.** | Kwota dofinansowania zwrócona na rachunek bankowy PFRON *(środki niewykorzystane – o ile dotyczy)*:  zł (słownie złotych: )  Data zwrotu środków (dzień, miesiąc, rok): |
| Kwota odsetek bankowych powstałych na rachunku bankowym Wnioskodawcy wydzielonym dla środków otrzymywanych z PFRON, zwrócona na rachunek bankowy PFRON: *(o ile dotyczy)*  zł (słownie złotych: )  Data zwrotu środków (dzień, miesiąc, rok): |

**2. Zestawienie kosztów realizacji działań aktywizacyjnych**

Zestawienie kosztów realizacji działań aktywizacyjnych w ramach programu „STABILNE ZATRUDNIENIE” należy sporządzić zgodnie z wzorem stanowiącym załącznik do niniejszego sprawozdania.

**3. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie wykonania budżetu działań aktywizacyjnych** *(wypełnienie punktu nieobowiązkowe)*

|  |
| --- |
|  |

**Oświadczam, że:**

1. wszystkie podane w niniejszym sprawozdaniu informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;
2. zamówienia na dostawy, usługi i roboty budowlane za środki finansowe PFRON, zostały dokonane zgodnie z przepisami ustawy Prawo zamówień publicznych;
3. wszystkie kwoty wymienione w zestawieniu kosztów realizacji działań aktywizacyjnych (załącznik do sprawozdania) zostały faktycznie poniesione; wszelkie płatności publiczno-prawne wynikające z odrębnych przepisów, związane z przedstawionymi w rozliczeniu dowodami księgowymi zostały opłacone;
4. przedstawione w zestawieniu dowody księgowe zostały sprawdzone pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym;
5. przyjęto do ewidencji uzyskane środki trwałe i inne składniki majątku, zgodnie z obowiązującymi przepisami;
6. dowody księgowe dokumentujące zdarzenia dotyczące realizacji działań aktywizacyjnych, zostały opatrzone klauzulami wymaganymi zgodnie z umową o dofinansowanie działań aktywizacyjnych;
7. protokół odbioru robót podpisany został przez wykonawcę, inspektora nadzoru inwestorskiego (jeżeli był ustanowiony) i użytkownika *(o ile dotyczy Wnioskodawcy, zgodnie z przedmiotem umowy)*;
8. zamontowane w ramach działań aktywizacyjnych urządzenia dźwigowe dopuszczone zostały do eksploatacji *(o ile dotyczy Wnioskodawcy, zgodnie z przedmiotem umowy)*;
9. kosztorys ofertowy albo kosztorys powykonawczy (jeżeli sporządzenie danego kosztorysu wynika z obowiązujących przepisów) sprawdzony został pod względem zgodności z obowiązującymi normami, cenami i obmiarem robót i został zaakceptowany przez inspektora nadzoru inwestorskiego (jeżeli był ustanowiony) lub wykonawcę, w formie zapisu: *„określony w kosztorysie zakres prac został wykonany”*; *(o ile dotyczy Wnioskodawcy, zgodnie z przedmiotem umowy)*
10. koszty przedstawione w załączniku do sprawozdania nie zostały dofinansowane ze środków PFRON w ramach innego programu / zadania / projektu (w tym z samorządu województwa lub z samorządu powiatowego);
11. podczas realizacji działań aktywizacyjnych, przy przetwarzaniu danych osobowych, przestrzegane były przez Wnioskodawcę obowiązki administratora danych osobowych wynikające z przepisów rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych;
12. wersja papierowa sprawozdania jest identyczna z załączoną do sprawozdania wersją elektroniczną.

................................. dnia ......................r.

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

*pieczątka imienna pieczątka imienna*

*podpisy osób upoważnionych do reprezentacji Wnioskodawcy i zaciągania zobowiązań finansowych*

1. \* Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy wpisać dzień, miesiąc, rok. [↑](#footnote-ref-2)
3. W przypadku większej liczby stanowisk pracy należy dodać pkt C.3., C.4., itd. [↑](#footnote-ref-3)
4. W przypadku większej liczby zakładów pracy należy dodać pkt C.3., C.4., itd. [↑](#footnote-ref-4)
5. W przypadku większej liczby urządzeń (zestawu urządzeń) należy dodać pkt C.3., C.4., itd. [↑](#footnote-ref-5)
6. W przypadku większej ilości oprogramowania lub większej liczby urządzeń (zestawu urządzeń) należy dodać pkt C.3., C.4., itd. [↑](#footnote-ref-6)
7. W przypadku większej ilości szkoleń należy dodać pkt C.3., C.4., itd. [↑](#footnote-ref-7)
8. W przypadku większej ilości szkoleń należy dodać pkt C.3., C.4., itd. [↑](#footnote-ref-8)
9. W przypadku większej liczby beneficjentów ostatecznych należy dodać pkt C.3., C.4., itd. [↑](#footnote-ref-9)